

Living with Drugs

〔英国〕迈克尔·格索普 著

冯君雪 译

“毒品” 离你有多远？

本书在国外历经六次出版，
它在讲述一个所有人都承认的事实：
几乎每个人都在“吸毒”。

天津出版传媒集团

天津人民出版社

Living with Drugs

Michael
Gossop

本书尝试对“吸毒”行为进行客观公正的剖析，对“毒品”展开全面审视，向读者表明，其实几乎每个人都有“吸毒”行为，比如常见的喝茶、喝咖啡以及吸烟都是“吸毒”行为。海洛因和可卡因是毒品，啤酒、葡萄酒和威士忌同样也是“毒品”……

传统观点认为社会中大多数人都很正常，不会“吸毒”，而事实却是，“不正常”的人才不“吸毒”，不“吸毒”的人才是少数。

——迈克尔·格索普

《“毒品”离你有多远？》可能是到目前为止关于“毒品”问题叙述最为详尽完善的一本书。

——约翰·赖尔，《泰晤士报文学副刊》

本书引用了大量公开报告及官方文件的权威说明，旨在对“毒品”问题进行客观公正的剖析，文辞精练优美，阅读起来轻松有趣。

——《英国医学杂志》



上架建议：文化 / 社会

ISBN 978-7-201-07924-0



9 787201 079240 >

定价：32.80元

店铺名：凤凰壹力官方旗舰店



<http://tlyts.tmall.com>
手机扫描立即收藏

Living with Drugs

“毒品” 离你有多远？

[英国] 迈克尔·格索普 著
冯君雪 译

天津出版传媒集团
天津人民出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

“毒品”离你有多远? / (英) 格索普著; 冯君雪译.
— 天津: 天津人民出版社, 2013.3
ISBN 978-7-201-07924-0

I. ①毒… II. ①格… ②冯… III. ①禁毒—基本知识 IV. ①C913.8

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第006776号

LIVING WITH DRUGS (SIXTH EDITION)

by
MICHAEL GOSSOP

Copyright: ©2007 by MICHAEL GOSSOP

This edition arranged with GOWER PUBLISHING LIMITED
through Big Apple Agency, Inc., Labuan, Malaysia.

Simplified Chinese edition copyright: © 2013
by Beijing Pengfeiyili Book Co., Ltd

All rights reserved.

“毒品”离你有多远?

作 者: [英国] 迈克尔·格索普

译 者: 冯君雪

出 版 人: 刘晓津

出版发行: 天津人民出版社

总 策 划: 贺鹏飞 黄 沛

责任编辑: 刘子伯

特约编辑: 冯旭梅

装帧设计:  灵动视线

社 址: 天津市西康路35号 300051

网 址: www.tjrmcbs.com.cn

经 销: 新华书店

印 刷: 三河市华润印刷有限公司印刷

开 本: 710×1000毫米 1/16

印 张: 19.25

字 数: 200千字

印 次: 2013年3月 第1版 2013年3月 第1次印刷

书 号: ISBN 978-7-201-07924-0

定 价: 32.80元

版权所有 盗版必究

前 言^①

对“毒品问题”人们并不感到陌生。本书观点或许荒诞怪异，但我还是希望能为您提供某些有价值的信息。吸毒和其他事件一样也有其特定的社会背景和发展历史，也会随时代变迁而不断演变。

自本书第一次出版以来，毒品事件必然发生了很多变化。最引人关注的是毒品问题类型的变化，有些是由非常传统的吸毒方式所引发的毒品问题，而有些则是由新的吸毒方式所带来的新型毒品问题。“毒品”交易不管是合法的，还是违禁的，其潜在的巨大经济利益对社会所造成的影响一直没有发生改变。烟酒产业依然是国家政府的主要财政收入来源。全球违禁毒品交易仍继续发展，据估计，这些违禁毒品每年的交易额可达4 000亿美元，相当于全球机动车交易金额的近2倍（联合国，1998）。

和其他国家一样，英国的海洛因消费量在过去25年间大幅上升，其摄入方式发生了很多变化。海洛因在英国曾经只通过注射摄入，而

^① 编者注：本书为引进版图书。原书在国外自第一次出版以来，一直颇受好评，多次再版。本书由原书第六版翻译而来，作者针对毒品使用以及社会对毒品的反应的变化在第五版的基础上做出了合理的调整。

现在也和亚洲国家一样通过烟吸摄入。很多前苏联加盟共和国以及东欧国家的海洛因问题都相当严重，泰国、巴基斯坦和印度的海洛因问题也曾猖獗一时，给这些国家的社会、政治和卫生保健体系带来极大危害。

新的吸毒方式让人触目惊心。高纯度海洛因吸食量的快速增长及其所产生的毒品问题曾引起公众的过分担忧。和英国以及其他欧洲国家不同的是，美国的海洛因问题在 20 世纪 80 年代引起了社会和政府的高度关注，而在欧洲，尽管有关负责人曾发出警告，但关于海洛因的这些问题并没有明显恶化。其实美国的海洛因问题也并非突然变得严重，而是逐渐发展和累积的结果。

可卡因违禁交易在欧洲已经发展得相当成熟，这种黑色交易的产值令人触目惊心。在欧洲，从事违禁交易的国家主要是西班牙和荷兰，目前，西班牙国内的可卡因消费量属欧洲最高。英国是欧洲第一个被发现可卡因问题泛滥的国家，据 2002 年 3 月一份调查报告显示，多达 70 万人近一年内都曾使用过可卡因。1990 年以来，欧洲可卡因的市售价格一直呈下降趋势，到 2002 年每克可卡因的价格只有 1990 年的一半；美国可卡因价格下降速度更快，2002 年的价格大约是 1990 年的 1/3，这充分说明可卡因在世界范围内的供应量不断增加。据初步估算，目前世界约有 1 300 万人吸食可卡因。

最初吸食可卡因的人认为这种鼻吸粉末能治病。烟吸高纯度可卡因已经产生了更多和更严重的毒品问题，然而这些问题多是由吸食者窘迫的经济状况以及社会对待吸毒者的排斥态度所引起的。这不是危言耸听，美国大量的犯罪行为以及暴力事件都与高纯度可卡因问题有关。国家政府在治理毒品问题方面，不应该只看到问题表面，一味地

加强对毒品的管制，而应该换个角度，采取一些扶贫政策善待城市弱势群体。总之，脱离社会背景就不能全面地认识和理解毒品问题。

20 世纪 80 年代末期，摇头丸开始出现，最初在舞厅等娱乐场所使用，颇受年轻人喜爱，因为其兴奋剂效果能活跃娱乐气氛。摇头丸发展的社会背景和致幻剂以及大麻都非常相似，这二者在 60 年代曾风靡一时，都曾作为精神疗法用药，也都和音乐以及青年文化的享乐主义有关，但后来人们对它们的热情逐渐消退。

大麻的使用仍然时涨时退，但一直是老年人的专用毒品。有几年在英国青少年当中也非常流行，最近似乎又非常吸引年轻人，吸食大麻成为普遍现象。2002 年 3 月，英国进行了一项犯罪调查，结果显示，大麻是使用最广的违禁药物，近一年内有 300 万人都曾吸食大麻，其中超过 1/4 的吸食者都是 20 到 24 岁的年轻人。人们曾认为大麻能让吸食者发疯，最近几年，这种观点似乎又开始复苏。

让人失望的是，英国毒品管制法案中的某些严重错误依然没有改正。在本书第五版中，我曾强烈反对浪费大量社会资源去抓捕、劳教或监禁大麻吸食者。最近国家将毒品进行重新归类划分，但大麻依然属于严格管制毒品，大麻吸食者仍然备受指责，还可能被捕入狱。

英美两国似乎非常喜欢用监狱来解决社会问题，其刑罚政策严厉，动辄监禁，致使监狱服刑人员数量一直上升，这也正是两国司法制度饱受诟病的方面。在罪犯裁决方面，美国和多数欧洲国家基本上都不一样，同英国的分歧似乎也越来越大。目前，美国的服刑人员数量超过 100 万，英国服刑人员数量每年都在增长，1950 年、1970 年和 2005 年的服刑人数分别为 2 万、4 万和 7.5 万。其中多达 3/4 的服刑人员是因为毒品问题而入狱的。过于僵化、烦琐以及不合理的劳教政

策（包括穿着另类以及公共场所的诸多不文明行为也要被监禁），都是导致监狱人满为患的原因。1984年毒品案件的罪犯平均服刑期限大约为两年，2004年为三年半。投入大量人力、物力对服刑人员进行劳动改造，却忽视对他们心理问题的关注，结果收效甚微。

要想全面评价一个社会，必须深入调查其刑罚政策，而监狱就是最好的映射。英国首相温斯顿·丘吉尔（Winston Churchill）曾经说，社会对罪犯的态度是衡量其文明程度的最佳准则；纳尔逊·曼德拉（Nelson Mandela）也说，只有深入一个国家的监狱内部，你才能真正了解这个国家。一个最原始的检验方式就是看监狱服刑人员的亲属是否感到快乐。然而，正如弗里德里希·尼采（Friedrich Nietzsche）所说，监狱就是“对犯错误的人严惩不贷，这是其最本质的社会职能”。

毫无疑问，在过去几十年间，毒品带来的最大问题就是艾滋病以及艾滋病病毒。1982年，本书第一次出版，两年以后，也就是1984年，欧洲报告了首例因注射吸毒而感染艾滋病的病例。英国爱丁堡（Edinburgh）是注射吸毒最严重的地区，吸毒者逐年增加，后来也可能成为英国艾滋病感染情况最严重的地区。大量没有吸毒经验的注射吸毒者虽然能够获取质量上乘的海洛因毒品，但却无法得到清洁安全的注射器具，也无法得到相应的医疗咨询服务或救助。更糟糕的是，社会对待吸毒问题以及吸毒者的态度都过于偏激，从而使毒品问题更加严重。打击毒品运动势必减少了注射器具的供应，而注射器具的减少则直接导致吸毒者共用注射器具，自然又会增加艾滋病感染几率。

一个国家内部以及不同国家之间，艾滋病的发展都不平衡。在写作本书第六版时，英国注射吸毒者艾滋病的感染率还比较低，而在有些国家艾滋病的传播已经相当迅速了，并且正面临着非常严重的艾滋

病社会问题。前苏联解体之后，几个加盟共和国的注射吸毒问题急剧增加。比如俄罗斯，据估算目前有 300 万名注射吸毒者，而乌克兰约有 65 万名。注射吸毒现象的激增已经导致了艾滋病感染几率的大幅上升，严重危害着几乎整个东欧地区的公共健康安全。在很多东欧国家，艾滋病已经超出政府的控制范围而泛滥成灾，目前，一些前苏联的加盟共和国是世界艾滋病感染几率最高的几个国家。

为吸毒者提供安全卫生的注射器具是降低注射吸毒风险的可行方法之一，很多国家都曾采取这种措施。这些注射器具通过专门的商业医疗药店渠道或者通过自由交易售卖。在某些国家，注射器具可以在自动售货机上购买，并且使用特定的清洁剂对这些注射器进行漂白消毒，以保证其安全卫生。

为了有效遏制艾滋病传播，毒品有关议题发生重大改变。美国和其他一些国家或许还在继续使用“毒品抗战”“绝不姑息”等字眼，然而事实却是，毒品在我们的日常生活中俯拾皆是，将吸毒者送进监狱根本不能有效抑制吸毒行为，也不能解决毒品问题。服刑者出狱后仍然会复吸，甚至在监狱中照常吸毒，有些吸毒者第一次接触毒品（包括注射吸毒）就是在监狱服刑期间。注射吸毒者可能携带艾滋病病毒或肝炎病毒，服刑期间会与其他吸毒者共用注射器具而继续吸毒。这无疑会增加艾滋病等的感染几率，也会对社会公共健康安全造成更大的威胁。

艾滋病的发现使得国家对毒品问题的态度发生了很大的转变。比如已经意识到必须采取相关医疗救助措施来降低对吸毒者健康的危害，这样才能从根本上解决某些毒品问题。艾滋病已经引起政府机构的足够重视，并投入大量资金进行毒品戒断治疗以及相关救助服务。唯一的遗憾是，为这些良好的改变所付出的代价实在太大了。

本书讨论的是日常生活中常见的毒品，其中涉及不同的毒品种类、吸毒者的吸毒原因、吸毒方式以及有关毒品的各种难题。同时也指出吸毒并不罕见，毒品问题不宜被放大讨论，毒品危害也不宜被夸大。我们所获取的有关毒品以及吸毒的知识都来自电视或报纸等媒体，不幸的是，这些大众媒体往往不能对毒品问题提供准确可靠的信息，有关吸毒事件的报道往往太过夸张而不真实。尤其是电视，对毒品的负面影响不负责任地夸大宣传，几乎到了诽谤的程度。

本书尝试对吸毒行为进行客观公正的剖析，对毒品展开全面审视，向读者表明，其实几乎每个人都有吸毒行为，比如常见的喝茶、喝咖啡以及吸烟都是吸毒行为；海洛因和可卡因是毒品，啤酒、葡萄酒和威士忌同样也是毒品，多数国产酒都是强劲的麻醉毒品，能强烈干扰人的正常行为，引发多种疾病，严重危害健康，其中包括癌症和大脑损伤。喝酒所付出的社会代价，比其他所有毒品相加的代价都高。吸烟也是一种很常见的吸毒行为，每年因吸烟患病死亡的人数要比吸食其他任何毒品死亡的人数都多。

这并非说吸烟和饮酒是最危险的吸毒方式，也不是说所有毒品的危害性都一样，不管怎样，烟酒所造成的死亡人数比任何违禁毒品都要高得多，但是吸烟和饮酒的人数依然居高不下。全面衡量毒品的危害和益处需要做更详细更复杂的分析，我将努力从多角度对本书所涉及的每种毒品进行讨论，其危害性包括对吸毒者生理和心理所造成的潜在风险、滥用毒品造成的不良社会后果以及毒品的成瘾性风险。还要说明的是，毒品的效果和其本身的药理特性有直接关系，和摄入方式以及社会影响也间接相关。不同毒品之间不能仅凭“安危”或“厉害”来进行分析、对比。

毒品风险性分析非常复杂，其风险因素和吸毒者的行为习惯密切相关。任何行为都不是绝对安全的，都存在一定的风险，吸毒同样如此。对风险的理解和判断取决于我们的认知、信仰和价值观。某些风险比表面看上去要高，而有些则要低。人们总是低估高发事件的风险而高估偶发事件的风险，这是人类本质的心理特征之一。因遭受雷击而死亡的几率非常小，其发生概率大约为千万分之一，但人们却过分担忧；死于吸烟所引发的疾病的概率非常高，可是吸烟者却对此置若罔闻。机动车辆为我们创造了便捷的城市交通，但同时也排放出大量有毒尾气，整个 20 世纪期间，机动车辆交通事故已经造成 2500 万人死亡，尽管如此，很少有人担忧这一威胁。

假如毒品之间有可比性，我们衡量毒品的危害性最好有一个特定的标准。某些毒品的成瘾性风险比较高，有些则比较低；有些毒品摄入方式不同，对人体所造成的健康危害程度就不同，而有些毒品不管采取什么摄入方式，其危害性都差不多；有些毒品对身体的危害性并不大，但由于广泛使用，其危害性也显得比较大，有些毒品危害性很高但使用者很少，容易被误以为其危害性很小。通常情况下，毒品的危害性和社会的接受程度息息相关。

可是为什么这一观点迟迟得不到人们的认可呢？原因就是不符合大众媒体的要求。大众媒体的需要是，标题要醒目，内容要新颖，最好是独家新闻，而所有这些都不能作为我们这种严肃性讨论的依据。简洁明了的客观理论不能使这种有效性、科学性更高的报道吸引大众眼球，虽然更负责任，但却不能满足普通大众的口味。各种媒体报道的真实程度也有一个大致的分级，电视和通俗小报的报道最不负责任，“严肃性”报纸的真实性稍微高一些，只有电台报道最接近真实情况。

但不管怎样，所有媒体关于毒品话题的报道都有一定的哲学理论依据。

本书主要是在讲述这样一个事实：毒品存在于我们的日常生活当中，人们吸毒的形式多种多样。任何彻底清除毒品的愿望都是妄想，为此所付出的努力也是徒劳，任何社会都有毒品。不管怎样，高达数亿美元的违禁毒品交易额反映了社会对毒品的强烈需求。吸毒行为无处不在，本书的写作目的之一就是希望读者客观冷静地看待毒品和吸毒问题，学会正确处理和选择自己的吸毒行为，从而最大限度地减少和避免各种毒品危害。

《“毒品”离你有多远？》向您讲述的就是我们身边的毒品。

迈克尔·格索普

国家成瘾性药物管理中心

(National Addiction Centre)

伦敦莫斯里医院

2006年6月

作者自序

通常情况下，我们谈论吸毒话题都会采用非常专业的术语，遗憾的是，这些术语对本书并不适用。比如，多数人都不喜欢“成瘾性”这个词，因其外延含义是指受外在某种力量驱使而产生强迫性的生理行为。我个人的观点是，用这个词描述毒品很准确，可以说明吸毒行为具有强迫性，而这正是本书的中心话题。

毫无疑问，成瘾性具有某些生理特征，成瘾者的行为具有不可控制性，但我认为，这不仅仅是一个生理过程，而更应该是一个获得性的心理过程，或者是一个过度习惯。有些人不喜欢用“酒精中毒”这个词，也有人反对使用“综合征”来形容毒品或药物依赖现象。世界卫生组织（WHO）就不用“成瘾性”而用“麻醉效应”，我认为在描述吸毒行为方面前者比后者更恰当。人们通常认为“上瘾”这个词带有贬义成分，至少有一份科学杂志拒绝刊载含“上瘾”之类字眼的文章，认为这会带来负面影响。同样，“滥用”和“误用”也存在很大的争议，

还有一些权威人士坚持认为美沙酮^①不应该是“阿片制剂药物”，而应该是“类阿片药物”。

我个人已经尽量避免受艰涩难懂的专业术语限制，某些术语肯定要向读者解释清楚，但这并非说专业术语不重要，其中很多不但重要而且非常有趣。但众口难调，我不敢保证所有读者都喜欢这本书的全部内容和语言，但我会尽力将毒品和吸毒现象阐释清楚，而不仅仅是停留在语言表述的层面上。

① 译者注：Methadone，盐酸美沙酮，简称美沙酮，为 μ 阿片受体激动剂，药效与吗啡类似，具有镇痛、抑制呼吸、缩瞳、镇静等作用。与吗啡相比，具有作用时间长、不易产生耐受性、药物依赖性低的特点，是二战期间德国合成的替代吗啡的麻醉性镇痛药。20 世纪 60 年代初期发现此药具有治疗阿片类如海洛因依赖脱毒和替代维持治疗的药效作用。

致 谢

本书已历经五次出版，在第六版即将付梓出版之际，我要特别感谢在本书的写作过程中，给予我多方面支持和帮助的一些热心人士，如果有所遗漏，还请多多包涵！他们分别是马克·布鲁顿（Mark Brutton）、国家酒精问题理事会的罗伊·约翰逊（Roy Johnson）、国家成瘾性药物管理中心的麦克姆·雷德（Malcolm Lader）、格里菲斯·爱德华（Griffith Edwards）、约翰·斯特朗（John Strang）和马丁·贾维斯（Martin Jarvis）、交通与道路研究所的阿雷克斯·欧文（Alex Irving）、诺丁汉大学神学院的道格拉斯·戴维斯（Douglas Davies）、精神病研究所的汉斯·艾森克（Hans Eysenck）、爱丁堡精神类药品依赖研究所的罗伊·罗伯斯特森（Roy Roberstson）、爱尔兰阿修摇滚乐队的阿曼达·桑德福特（Amanda Sandford），还有我的澳大利亚籍同事阿德莱德毒品与酒精咨询服务中心的罗伯特·阿里（Robert Ali）和大卫·瓦茨（David Watts）以及澳大利亚土著、托雷斯海峡岛研究中心的麦吉·勃莱迪（Maggie Brady）。在此，我还要对以下人员致以诚挚的谢意：曾供职于精神类药品依赖研究所、现供职于国家成瘾性药物管理中心的约翰·维顿（John Witton），约翰先生在本书每一版都给予我无私的指

导和帮助，尤其对“大麻”一章的内容提出了中肯的建议；苏黎世反邪教组织（infoSakta）的苏珊娜·莎芙（Susanne Schaaf）；曾供职于西澳大利亚佩斯科提理工大学的比尔·桑德斯（Bill Saunders）；利兹戒毒所的吉利恩·托伯（Gillian Tober）。自本书第一版以来他们就为我提供了非常有价值的参考信息和无私帮助。著名的登山运动员乔·塔斯克（Joe Tasker）和艾伦·罗斯（Alan Rouse）毫无保留地向我讲述他们的登山经历，这让我感激不尽！

最后还要提及的是自本书第一版以来两位已经故去的朋友：巴基斯坦人唐·麦金托什（Don McIntosh）和赛车手詹姆斯·亨特（James Hunt），他们对我的大力支持与帮助令我难以忘怀。遗憾的是，1991年，麦金托什死于泰国的一次空难。特别感谢詹姆斯·亨特为本书第十二章的一级方程式世界赛车锦标赛提供丰富的素材，詹姆斯于1993年在伦敦家中去世。

目 录

前 言 / 1

作者自序 / 9

致 谢 / 11

第一章 日常生活中的毒品 / 1

第二章 毒品的药理效果 / 18

第三章 社会环境的影响 / 43

第四章 毒品的心理效应 / 66

第五章 酒精 / 84

第六章 烟草 / 106

第七章 大麻 / 131

第八章 致幻剂 / 153

第九章 毒品类型 / 173

第十章 毒品管制 / 211

第十一章 探秘瘾君子 / 237

第十二章 最佳解决方案 / 258

参考文献 / 277

第一章 日常生活中的毒品

每个社会群体都有其独特的麻醉类或精神类药品，这类药品往往被冠以“毒品”之名。长久以来，人们借由“毒品”改变自己的意识状态并寻求任何可以做成毒品的自然物质以及任何可以培植毒品的场所。即便某些地区本身不具备生产毒品的条件，人们也会想尽各种方法利用科技发明来制作。广袤的欧洲攀缘植物繁茂，非洲和亚洲大麻蔓生，从中东到亚洲罂粟遍布，既有野生的又有人工种植的……不列颠群岛气候凉爽，空气潮湿，最适合农耕，但其最肥沃的土地都用来种植蛇麻草，英国人常提炼这种植物来制作麻醉药物；北欧冬季漫长，气候寒冷，农作物种植期短，于是人们就在此制作酒精饮料；美洲人大量种植可可、仙人掌以及烟草植物，这些植物中都含有一种叫酶斯卡灵（Mescaline）的致幻剂；更令人不可思议的是，很多菌类植物也含致幻成分。或许，世界上唯一不使用麻醉药物的人群就是因纽特人，他们生活在如此荒凉的绝地，根本就不能培植任何可用于制作麻醉剂的植物。

日常生活中，麻醉类或精神类药品扮演着相当重要的角色，这种药品的使用非常普遍。统计数据表明，任何人都或多或少使用过这类

药品。也许，很多读者认为这个结论很荒唐，因为这就等于说人人都使用过毒品，这实在让人难以接受，谁会承认自己“吸毒”呢？但是，这种想法大错特错！传统观点认为社会中大多数人都很正常，不会“吸毒”，而事实却是，“不正常”的人才不“吸毒”，不“吸毒”的人才少数。

说到“吸毒”，人们很容易就联想到针管、针头和海洛因，以及所有和“堕落”、“罪恶”相关的词汇或事物。所有这些都让人更加确信“吸毒”是一种反常、令人费解的行为，甚至是精神疾病的表现。说到“瘾君子”，我们都认为那是一群异类，尽管他们生活在纽约、伦敦、阿姆斯特丹以及苏黎世等大都市，但他们远离主流社会，精神极度空虚颓废。同时我们也坚信，平日里自己抽烟、喝酒、服用镇定片是和“瘾君子”的吸毒行为截然不同的，他们吸食的可是海洛因啊！但是，这两者真的有本质区别吗？

从心理和情感方面来讲，人们普遍认为“毒品”和“吸毒”都不正常，而这种意识直接阻碍我们理解该问题。茶和烟草都含有麻醉成分，即咖啡因和尼古丁，酒精也是一种麻醉剂，海洛因和可卡因都是麻醉药品，由此可以看出，这些物质都属于同类药品。但是，这并不是说所有麻醉药品都相同，使用不同麻醉药剂的后果和风险也没区别。

词典中对“药物”这个词的解释和归类都很模糊，没有一个令人满意的界定，也不会对本书讨论的话题起什么作用。传统的定义都重在强调其化学构成或某些特定成分的医学价值，比如《巴特华斯医药辞典》(*Butterworth's Medical Dictionary*) 将其定义为“任何从动植物组织中提取合成的构成已知或未知物质的化学成分，可以被用作医疗药品，用于预防和治疗某些疾病”，该定义没能充分说明临床实践

中医生的用药行为，更不用说为目前讨论的话题提供有效的依据了，而我们所要关注的是麻醉类或精神类药物所带来的心理疗效。

令人费解的是，极少有人关注药物的心理疗效。纵观历史，人类总是竭尽全力去研究和发明任何有助于改变其心理状态的物质或手段（当然并非刻意排除非药品）。我们有必要对药物的定义增加此项内容：可以影响人们的心理。因此，我们可以把能对人的精神产生影响的药物看作天然或合成的化学物质，它可以改变人的感知、心情或其他心理状态。

我们很难给药物下一个确切的定义，原因就是它没有一个本质特征足以让它和其他物质区分开来。人喝了金酒^①会醉，吃了镇定片便不再癫狂，吸了大麻会飘飘欲仙，那么，从某种意义上来讲，这些东西是否应该被归类为“毒品”呢？这是当然的，因为它们会对任何使用者产生生理影响。所以我们可以得出这样一个结论：药物是一个社会范畴的概念，如何看待药物，取决于它的社会含义，取决于其服用方式是纯处方医药还是精神安慰剂。

通常所说的毒品问题，在很大程度上就是社会对麻醉药品以及服用该类药品行为的态度。其实，大多数服食这类药品所产生的不良后果都应归咎于法律和政策失误，以及服食者本人对这些药剂虚伪而自欺欺人的态度。社会总排斥非临床医用疗效的麻醉药剂，但事与愿违，结果却是滥用麻醉剂或兴奋剂。药物滥用者被斥为“吸毒者”，且往往受到严厉谴责，人们也会借此来划分常人与非常人。人们始终不愿承认“吸毒者”其实就生活在我们中间，甚至连很多科学家、医生以及“专家”都觉得这个事实太危险而不愿面对。社会其实就是由“吸

① 译者注：Gin，又称杜松子酒，世界六大类烈性酒之一。

毒者”和“非吸毒者”构成的,我们都会以这样或那样的方式吸食“毒品”,毒品问题的核心似乎就在于服食者是出于何种原因、服食何种毒品。

直接面对这一矛盾时,人们的试图调和往往只是表面上的,内心仍然十分抵触。最常见的抵触方式就是否认。即拒绝承认自己喝酒、抽烟等同于“吸毒者”的吸毒行为。人们普遍认为茶叶、咖啡和烟草不是“毒品”,正是这种意识反映了人们对毒品近乎荒谬的恐惧心理。当然,很多人因使用“毒品”方式不当而深受其害。尽管如此,人们对“毒品”的普遍恐惧心态着实不可取。“毒品”使用不当,后果严重,但明智利用,却能收到良好的效果。没有任何一种“毒品”绝对安全,这是常识,即便其危险性微乎其微,也可能对人体有所伤害。既然人们的生活离不开“毒品”,了解其服食过程就很有必要,但前提是要重新审视“毒品”及“吸毒”问题,而对该问题的误解的核心就是拒绝承认我们都在“吸食毒品”。

社会对“毒品”的基本误解就是将其划分为对人体“有利”和“有害”的化学药品。摇头丸属于“有害”一类,海洛因和高纯度的可卡因最“有害”;而百忧解(Prozac,传统抗忧郁药物)、利眠宁(Librium,一种安定药)和安定剂则属“有利”一类。尽管人们越来越意识到饮酒过度所带来的危险,但还是习惯把酒精划在“有利”之列;烟草却毫无疑问地从“有利”转向“有害”之列。而茶叶和咖啡之类却由于被公认为非“毒品”而免于分类。有时“利害”之分等同于“安危”。人们相信“有利”的“毒品”对人的身心来说是绝对或相对安全的,“有害”的“毒品”就绝对危险。由此,针对某种“毒品”真实效果的医学实验,个人道德和主观信仰也同时卷入其中必须加以分析考虑。于是,甚至

是某些声望极高的科学家和医学专家，也会得出荒谬的结论——对某类“有害毒品”的主观意识如此之强烈，以致丧失了对问题本质的思考能力。毫无疑问，借由科学事实的幌子，他们陈列个人和道德观点，让普通大众对“吸毒”误解更深。

“利害”和“安危”之分随时间的变化而变化，也因文化的不同而有所差异，比如人们对待吸烟行为态度的起伏变化在本书始末的体现。20世纪60年代开始，年轻人的吸毒方式前所未有，数百万人吸食致幻药 LSD 和大麻。60年代末到70年代，更加耸人听闻的“毒品”名称出现并广泛传播开来，梅太德林^①、巴比妥酸盐^②和海洛因，等等。新闻界和大众媒体都对此进行义正词严的愤慨指责：毒品，如同改头换面的恶魔，正向世界袭来！

美国对高纯度可卡因也持强烈的批判态度。第一篇相关报道来自1984年11月份发行的《洛杉矶时报》(*Los Angeles Times*)。继之而起，与打击毒品有关的社会问题在美国愈演愈烈，毒品也就顺理成章地成为里根总统“对抗毒品”里的主角。在一次面向全国观众的电视讲话中，里根宣称可卡因“正在摧毁我们国家年轻的一代”，“正在使我们的国家四分五裂”。“瘟疫”和“危机”之类的词已成为描述可卡因的标准用语。

美国迅速向英国传递这一信息并告诫说，美国的今天就是世界的明天。英国各大新闻媒体积极响应，对毒品威胁国家与城市的恶果进行毫不畏惧的揭发：《每日星报》(*Daily Star*)号召全民“严厉抗击毒品”，

① Methedrine，盐酸脱氧麻黄碱，一种致幻剂。

② 译者注：Barbiturate，可简称为 Barbs，抑制剂药物，能对中枢神经系统产生抑制作用。非巴比妥酸盐类的抑制剂药物包括非巴比妥酸盐类的催眠剂、镇静剂及对中枢神经系统有影响的安定剂。如瓦尔米、导眠能、安眠酮、甲哌啶酮等。

《剑桥晚报》(*Cambridge Evening News*) 宣称“毒品扼杀生命，必须坚决抵制”，《利物浦回声报》(*Liverpool Echo*) 称“抗毒之路，漫漫修远”……还有其他更多类似的表现夸张的新闻标题。由吸毒引发的众怒和道德批判如此惊人的一致，这可是史无前例的。然而对毒品危害的警告却不能阻止吸毒行为的发生，人们越想阻止某种行为，就越要大肆宣传其不良后果，这反而能助长该行为的发生。比如“青少年自杀现象”经新闻报道之后，青少年自杀率反而上升了；在一篇名为“如何在全国普及毒品危害知识”的文章中，布雷彻 (Brecher) 指出，通过扩大报纸宣传以及电视播报警力协助，这种始于 20 世纪 60 年代普及毒品知识的方式，效果适得其反。

“波希米亚” (Bohemian) 一词常用来指某些人行为举止或穿衣风格不同寻常。除了通过普奇尼 (Puccini) 的歌剧《艺术家的生涯》 (*La Bohème*) 间接了解原始的波希米亚人之外，几乎没有人对他们有更多的了解。19 世纪 40 年代波希米亚人隶属巴黎，像后来的嬉皮士，他们蓄长发，穿奇装异服，对社会制度不满，信奉简朴的生活哲理，生活相对贫困，追求性自由。毒品是嬉皮士生活中的重要部分，他们酗酒，还大量使用一种不知名的兴奋剂，这让世人感到震惊。1909 年，由克利福德·奥尔巴特 (T. Clifford Allbutt) 和汉弗莱·劳莱斯顿 (Humphrey Rolleston) 合编出版的一本医学教材中，就曾警告人们过度服用这种兴奋剂的后果：“患者失控颤抖，随之焦虑沮丧，面无血色，形容枯槁。假如让其他患者使用适当剂量的这种兴奋剂，会暂时缓解各种症状，但代价却是随之而来的更大痛苦。”谁都没想到这种兴奋剂竟是咖啡因，人们对此感到非常震惊。

今天，提及海洛因和吗啡，人们定会毫不犹豫地将其视为最危险

的毒品，然而它们的作用已发生转变。在 20 世纪早期的美国，给酗酒患者开吗啡处方是一种非常普遍的临床治疗形式。

吸毒——从更广阔的视角来看

人类是从什么时候开始利用化学药品来改变自己的意识状态的呢？对此我们无从知晓，而规模化地使用化学制剂要追溯到几千年前。最早的药物似乎是那些纯天然物质，大约 4000 种植物含有能致心理兴奋的化学物质，但我们只利用了 40 种左右。有趣的是，欧、亚、非三大洲几乎没人知道这些植物。在哥伦布(Columbus)航海探险之前，欧洲兴奋剂药物品种很有限，没有茶叶、咖啡，也没有烟草，几乎没有鸦片和大麻，根本就没有迷幻剂，只有乙醇。于是，乙醇被广泛应用——用它制酒，制安定剂或兴奋剂，制麻醉药。在欧洲，乙醇成为药物的代名词，直到今天它仍然是欧洲和西方社会主要使用的药物。

哥伦布发现了美洲新大陆，也向欧亚非世界的人们展示了大批前所未有的毒品种类。第一次航海探险时，航海者发现海地岛(Hispaniola)居民和古巴人(Cuba)吸食雪茄，还发现美洲中部和南部有大量能致心理兴奋的物质，于是就把这些东西带回去。奇怪的是，印第安人(Indian)对乙醇一无所知。作为交换，航海者便把乙醇带到这里。

今天，这些麻醉类或致幻剂类药品充斥于整个欧洲，而在当时，人们却极少使用这些药品（尤其是致幻剂类药品），这并非是因为该类药品不存在。酶斯卡灵、仙人掌和可卡因对于当时欧亚非三大洲的人来说，可能还很陌生，可其他类似药物却早已存在。有一种蘑菇遍

布北欧，它里面也含致幻物质，还有很多其他这样的能改变人类意识状态的植物。一千多年前，穆斯林教徒(Muslim)侵占了西班牙(Spain)，与此同时，也把大麻带到了西班牙。17 世纪，由于能从中提取大麻纤维应用于纺织业，大麻在西班牙广为种植。尽管当时人们对其致幻功能并不感兴趣，但无论如何都不可否认，人们有足够的致幻或致兴奋类药物来源。

相比于致兴奋类或致幻剂类“毒品”，欧洲人更愿意使用酒精，这也许是受主流文化基督教(Christian)影响的缘故。尽管世俗追求纯粹的肉体纵乐，但基督教向来痛斥“吸毒”，即通过服食除酒精以外的麻醉药品来改变人的心理状态。这或许是因为它与宗教根源有关，换句话说，人的心理状态一旦发生很大改变，就认为是被魔鬼控制。因此，某些专业人士就掌握了药物的使用知识，药物的使用知识与这些人的职业关系紧密：有药剂师、炼金术士、内科医生，还有迷恋巫术的人。

很多药物的化学作用看似与巫术的致幻作用相似，但那只是它们对人的心理的影响而已。还有一些药物的剧毒性不为人所重视。比如，蟾毒色胺就是蟾蜍体内产生的一种剧毒毒素。这种毒素与裸头草碱^①和致幻剂有关，也和一种叫血清素的化学物质相关，而血清素是人类大脑非常重要的组成物质。然而，在发现它的化学构成之前，蟾毒色胺的毒性早已被世人所了解。

1670 年，莱比锡(Leipzig)的一名医药学教授指出，蟾蜍愤怒时，会分泌毒素。以下就是中世纪药剂师的一个制毒处方：“把蟾蜍放到麻袋里和盐混合，然后，这些盐就有了毒性，能使人中毒。”这个过程

^① Psilocybin，墨西哥一种致幻蘑菇的化学物质。

能保证激怒哪怕是性情最温和的蟾蜍，其慢性中毒效果尤为显著。

同样，假如将一只北美蟾蜍丢进一杯玛雅饮料里（这种传统的饮料采用古老配方，由滚烫的蜂蜜酒制作而成），这只蟾蜍也会被惹火，恐慌而愤怒。要知道，这么做可不是为了调制一种鸡尾酒，而是要从蟾蜍的皮肤里提取一种致幻物质。据相关报道，目前生活在澳大利亚的一种南美蔗蟾，其体内也含有这种奇特的致幻物质。1990年7月11日的《卫报》（*The Guardian*）报道，美国佛罗里达大学（University of Florida）的一名学生对提取蟾蜍体内的致幻物质作了如下描述：“由于蟾蜍皮肤干燥，我们可以轻而易举地将它们抓起，这就足以把它们激怒，从而分泌黏液。接下来只需轻拍几下它们的头就可以了。”该致幻物质的服用效果和摇头丸一样。

有些植物比如天仙子（*Henbane*）和颠茄（*Belladonna*），同样可用来制药膏和巫术魔药。天仙子里含有东莨菪碱（*Scopolamine*，可用作镇定片），用于制迷幻药已有上千年的历史了。13世纪时，阿尔伯特·马格纳斯（*Albertus Magnus*）大主教向人们描述如何用天仙子来召唤亡灵，在此影响下，人们开始相信地狱和亡灵的存在。同样，一种含阿托品（*Atropine*，可兴奋或抑制中枢神经系统）的带刺苹果，或者叫毒苹果，据说是女巫在安息日的常用道具。在这些东西和其他致幻药物的共同作用下，女巫就能在中世纪的夜晚尽情漫游。这种愚昧无知的认识，使人错把幻觉当作现实，宗教上将这种迷幻状态归咎于受魔鬼控制，于是教堂便禁止教徒服用这种致兴奋药物。

在所有毒品类别中，对人的思维能产生最大影响的要数鸦片及其衍生物海洛因和吗啡了。“鸦片”一词起源于希腊语，意思是汁液，该液体物质提炼自东方的罂粟。罂粟是一年生植物，开白色或淡紫色

的花儿，在花落之前割下果实，就能得到罂粟的浆汁——鸦片。

最早提及鸦片的文字记载或许来自荷马（Homer）的史诗《奥德赛》（*Odyssey*）。史诗中说，埃及的国王献给特洛伊城的海伦（Helen，希腊神话故事中的人物，被视为绝世佳人）一种药品作为礼物，即忘忧药。截至公元2世纪为止，鸦片被公认为是万能药。一位名叫伽林的罗马医生向人们推荐一种解毒糖剂，其主要成分就是鸦片，它可以治疗头痛、失聪、癫痫和黄疸，对治疗忧郁症和瘟疫也有奇效。于是，从小亚细亚、波斯到印度和中国，鸦片遍及世界各地。尽管早在公元8世纪时，阿拉伯商人可能就已经把鸦片带到中国，然而，直到18世纪下半叶，吸食鸦片才在远东地区成为一种生活习惯。

英格兰也加入了吸食鸦片的行列。拜伦（Byron）、雪莱（Shelley）、济慈（Keats）、兰姆（Lamb）和司各特（Scott）等英国文学家都吸食过鸦片，威廉·威尔伯福斯（William Wilberforce）、乔治·克莱伯（George Crabbe）、托马斯·德·昆西（Thomas De Quincey）和萨缪尔·泰勒·柯勒律治^①等人甚至吸毒成瘾。鸦片吸食者不仅限于诗人、作家和哲学家们，在剑桥郡、林肯郡、英格兰和诺福克这些沼泽地带，鸦片更是用来替代酒精使用。在19世纪的大半个世纪里，这些地方都不适宜居住，因为疟疾和风湿病在当地肆虐。毫无疑问，鸦片是治疗这些疾病的偏方，而它也不仅仅局限于医学疗效，含鸦片的镇定片能让狂躁的孩子镇静下来。鸦片同样也可用于娱乐。当时，药用鸦片和社交场合中所用的鸦片实际上并没有什么区别。

人们习惯把鸦片溶在啤酒中。为了迎合大众口味，啤酒制造商和酒馆老板制造出了鸦片啤酒，同时也极大地满足了旅行者的好奇

① 译者注：Samuel Taylor Coleridge, 1772—1834，英国诗人和评论家。

心，并为他们提供了某些便利。1850 年，查尔斯·金斯利（Charles Kingsley）描述了集市日里英国剑桥的景象：“你会看到那些小盒子，一堆又一堆，整整齐齐地码放在柜台上；每个路过这里的女人，都会被吸引过来，买上一把便宜鸦片，享受它所带来的片刻欢愉。”在那种阴沉沉、雾蒙蒙和脏兮兮的地方，鸦片能让她们暂时忘却周围糟糕的环境。同时代的另一个评论家写道：“鸦片让他们产生美妙的幻觉，使其毫无生气的生活暂时得到些乐趣。”

那时，喝鸦片酒是英格兰人日常生活的一部分。根据当时的报道，女性尤其喜欢喝鸦片酒，有的甚至喝酒成瘾，一天能喝掉 96 粒鸦片！按照现在的标准，这个量几乎是海洛因瘾君子吸食量的 100 倍。而在当时，没人觉得服食鸦片有什么不正常，所以也未能引起人们足够的关注。

酒是用途最为广泛的一种毒品，连原始人都曾用过，其酿造历史可追溯至史前时期。早在新石器时代，人们就基本掌握了谷物发酵的制酒程序，科学家们考古时还发现了石器时代使用过的啤酒壶。公元前 2000 年，美索不达米亚（Mesopotamia）地区出现了酒馆。据称，欧洲殖民者入侵澳大利亚以后，也教会了当地土著怎样制酒。然而，与此同时，塔斯马尼亚（Tasmanian）的土著居民已经懂得获取“酒精”的简易方法：割开桉树皮，让树的汁液流入石洞，这些汁液经过自然发酵，便成为未经任何加工的原始酒精，其麻醉效果非常好。除此之外，他们也尝试过使用其他物质制作麻醉剂，比如当地的土烟草，还有一种叫做皮特里茄的药物，其中添加了白蜡树灰。

当然也有动物尝过醉酒的甜头。狗和马就经常能从主人那里得到拥有主人独特口味的酒作为奖赏，黑猩猩也会尝到。相比于意大利

(Italy) 和德国 (German) 产的葡萄酒，黑猩猩更偏爱雪利葡萄酒和波尔图葡萄酒，而不喜欢烈性酒。蜜蜂和黄蜂吃过发酵的水果后，暂时不能飞翔。最典型的动物醉酒例子是东非大象，它们到处寻找发酵的芒果或是别的什么水果，结果它们会吃得醉醺醺的，精神亢奋，异常狂暴，所以可别让人遇到这种危险情况。还算幸运，基本没人遇到过醉醺醺的大象。

有关第一个醉酒人的记录，或许是诺亚，《创世记》(*Genesis 9:20—21*) 中写道：“诺亚在葡萄园劳作时喝葡萄酒喝醉了，把衣服脱了个精光。”儿子们觉得诺亚这种行为有失颜面，但他嗜酒的习性丝毫没有影响他的健康，他居然活到了 950 岁。

古埃及也有喝酒和醉酒的事迹记录。贝尼哈桑^①古墓 (Tombs of Beni Hassan) 中的壁画表明，4000 年前古埃及人就有饮酒习惯。有些雕刻详细刻画了从葡萄种植、收获，直到制成酒的全部过程。还有聚会上人们喝醉酒的狂欢场面，其中竟有醉酒者东倒西歪，还试图练倒立，最后奴隶们只好把主人用头顶着送回家。狂欢畅饮也有提示，警告大家要适量饮酒，比如一个用纸莎草做的小人儿举着的警告牌子上就写着：“本酒馆不欢迎酗酒，若因醉酒而摔伤身体，没人会扶你起来！”

狄俄尼索斯 (Dionysus)，也叫巴克斯 (Bacchus)，是希腊神话中的酒神。他用酒拯救凡人，因为他认为酒精能解开人类的灵魂枷锁。希腊人饮酒很注意适可而止，喝烈性酒通常会兑水。希腊哲学家柏拉图^②尤其反对喝烈性酒，在他看来，这种行为实在粗鲁野蛮。他在其

① 译者注：Beni Hassan，埃及中部尼罗河畔的一个村庄，以公元前 2000 多年的埃及高级官吏古墓而著称。

② 译者注：Plato，约前 427 年—前 347 年。

哲学著作《理想国》(*The Republic*)中就坚决反对30岁以下的人喝酒,而30岁以上的人除非因治病需要,否则也不能喝酒。而奇怪的是,古希腊英雄几乎没有一个不是酗酒者,亚历山大大帝(**Alexander the Great**)也嗜酒成性。他死后,古罗马哲学家塞内卡(**Seneca**)这样写道:“他勇往直前,战无不胜。不管强敌围困,还是严寒酷暑,都不能打垮他。如今,他却因为酗酒成性而长眠于地下。”

希腊人不仅为我们创造了“研讨会”(Symposium)这个单词,同时还创造了“研讨会”这一重大活动事件。根据我的亲身经历,在我所参加过的研讨会中,我对有的研讨话题非常感兴趣,而有的则感觉无聊至极。现在,大学里的研讨会,从头到尾,参与者都在冥思苦想,神情严肃,谁会料到最初开研讨会时还离不开酒呢,因为酒可以活跃讨论气氛,居然和酒会没有什么区别。

古代罗马人对喝酒的态度更开放,他们都嗜酒成性,尤其是在罗马帝国后期,酗酒现象非常普遍。事实上,人们早已对酗酒见怪不怪了,宴会上甚至还会通宵达旦地把酒言欢。截止到公元1世纪时,罗马皇帝多米提安(**The Emperor Domitian**)对国内这种嗜酒现象非常震惊,于是下令把一半以上的葡萄园都毁掉,并且下令,没有他的特许,不准再种葡萄,否则严惩不贷。

早在1000年前似乎就有人采用蒸馏提纯法制酒,因为在13世纪时,圣徒阿尔伯特就详细记载了蒸馏制酒的全部过程。一些医药专家对这种新发明的药物过于乐观,称之为“万灵丹”。中世纪时也这样,当时的炼金术士也对这种新药感到震惊。这种经蒸馏提纯所酿制的酒被认为药效相当神奇,能抗衰老,号称“生命之水”。

蒸馏制得的酒更容易致醉,而醉酒现象早在蒸馏法出现之前就已

存在。随着蒸馏技术的提高，酒越来越便宜，也越来越普遍。18 世纪，英格兰国内金酒的消费量惊人，卖这种酒的小酒馆也随处可见。为吸引顾客，宣传饮酒乐趣，酒馆老板打出这样的广告：一便士能喝醉，两便士能醉倒。而更具诱惑力的是，酒馆老板在酒窖里铺满稻草，如果顾客喝到不省人事，可以躺在上面休息，直到睡醒能再喝酒，不受任何限制，而且免费。截止到 1736 年，由于这种酗酒形势日益严重，迫使英国议会出台了《金酒法案》(*Gin Act*)，对酗酒行为严加遏制。该法案严格控制金酒的销售条件，一时间得到一部分人的强烈拥护，同时也引起了一部分人的强烈反对，最终引发了一系列的国内暴动和骚乱。于是，这项法案被迫于 1743 年废除。

茶叶、咖啡、可可粉以及巧克力等是普通大众的日常消费食品，而以上这些食品其实也属于毒品，这让很多人难以接受。茶叶和咖啡都会刺激人体精神系统，这点是毋庸置疑的，因为它们都含有咖啡因和丹宁酸之类的物质。可可粉和巧克力也含咖啡因，咖啡因是黄嘌呤的一种，而黄嘌呤对中枢神经系统和心脏有刺激作用，正是基于这点，运动员经常服食咖啡因，以期在运动比赛中超常发挥。因此，国际奥组委把它列为禁药。

与其他毒品一样，使用得当，咖啡因便能发挥其应有的药效，否则会造成不良后果。如果过量喝茶或咖啡，人体因此摄入大量咖啡因，就会产生一定副作用。然而，通常情况是，人们对此缺乏足够的认识，甚至根本不知道其所具有的麻醉作用。临床医学结果表明，每天喝两杯咖啡相当于摄入 200 毫克咖啡因，这足以对人的精神产生影响。人们早就知道，长期过量喝茶或咖啡能引起头痛、焦躁易怒等症状。而摄入多少咖啡因才算过量，一般人对此没有清楚的概念。有预测表明，

如果人体每天摄入的咖啡因超过 600 毫克，即 5 到 6 杯咖啡或 9 到 10 杯茶的量，就会严重危害健康，会导致头痛、失眠、眩晕、发抖、腹泻、气喘以及焦虑等症状。咖啡因对心脏也会产生毒副作用，能引起心悸、脉搏跳动过快或跳动异常等症状，食用过量还会引发高血压。很多人都是通过吃药来缓解这些症状的。可奇怪的是，有些药物含的咖啡因甚至更多，头痛患者服药后症状反而更加严重。

关于茶叶和咖啡的咖啡因含量存在争议，但普遍认可咖啡中的咖啡因含量多于茶叶。某些权威调查结果显示：同量的咖啡和茶叶，前者的咖啡因含量是后者的 2 到 3 倍。而也有相关资料表明二者的咖啡因含量基本相同。在现实生活中，人们仍旧依照个人口味来选择喝茶或喝咖啡，并不理会那些调查结论。以下图表列出了几种常见饮品，并对其中的咖啡因含量进行了简单的对比。

表1.1 不同饮品中咖啡因的含量

| | |
|-------------------------------|----------------|
| 煮咖啡 (Brewed Coffee) | 100—150 毫克 / 杯 |
| 速溶咖啡 (Instant Coffee) | 85—100 毫克 / 杯 |
| 脱咖啡因咖啡 (Decaffeinated Coffee) | 2—4 毫克 / 杯 |
| 茶 (Tea) | 60—75 毫克 / 杯 |
| 可乐 (Cola Drinks) | 40—60 毫克 / 杯 |

和其他许多西方国家一样，美国国内咖啡的消费量也非常大。对多数人来说，每天在咖啡时间休息放松，已成为一种工作和生活模式。而可乐则颇受世界各国年轻人的喜爱，自 1960 年以来，含咖啡因的

软饮料在美国的消费量增长了一倍多。在英国，喝茶更是人们日常生活的一部分。大家肯定曾听人说过“每天早晨如果不喝杯茶或咖啡，我这一天都没精打采”或者“没有茶或咖啡，我一天也挨不下去”。

美国有一项调查，其主要调查对象为家庭主妇，结果显示，26%的被调查者每天饮用咖啡超过5杯，即使是每天只喝1到2杯咖啡的人，几乎无一例外都会在早晨喝1杯。问及原因，多数人都表示非常清楚其所产生的药物效果，他们所给出的原因表明他们知道它的作用：46%的人认为它“有助于唤醒大脑”，42%的人认为它“能让人一整天都保持精力充沛”，还有大约15%的人觉得它“能让人精神振奋”，这怎不让人感到惊奇。而更出人意料的是，近1/3接受调查的家庭主妇都说，每天早晨必须喝杯咖啡才行。接着又问她们如果不喝会怎样，每天喝超过5杯咖啡的人这样形容自己：头痛欲裂、焦躁易怒、工作效率低、紧张不安，而这些症状往往在喝过咖啡12—16个小时之后就会出现，如果不继续喝，这些症状会持续一周。很多人会开玩笑说自己对茶或咖啡上瘾了，有人的确是说着玩儿的，可有人是真的对咖啡因产生了依赖性。

近期，加拿大一项关于茶和咖啡的消费调查的结果也是如此：加拿大约有1/3的人对咖啡因产生依赖，而这一比例在其他国家也都惊人的一致。仅在2005年一年的时间里，英国就消耗掉了25亿杯咖啡。换作是茶的话，就要消耗60亿杯了。

广义上，茶、咖啡以及其他含咖啡因的饮品都是毒品。假如一个人对其过度依赖，一旦不喝，就会精神萎靡，甚至会出现戒毒者的一些常见症状。依赖现象究竟是好还是坏，这要取决于人们对依赖性质本身的态度。茶叶和咖啡的价格相对便宜，销售不受限制，购买也方便，除极少宗教团体反对外，基本不受社会非议。然而，问题主要就在于

过量饮用所带来的后果。关于咖啡因所造成的某些健康隐患，仍不能确定：高血压引起的心脏病是其中之一，还有孕妇摄入咖啡因对胎儿发育可能产生的不良影响。

除以上提及的副作用之外，含咖啡因的食品还会影响睡眠，使人焦虑不安，这一结论似乎有悖于人们对巧克力的认识，因为巧克力一直被认为有催眠作用。过量摄入咖啡因能造成以下中毒症状：像癫痫病发作一样抽搐不止，最终会因呼吸衰竭而死亡。然而几乎没人会在不经意间摄入过量，除非一直坐着喝 70 到 100 杯咖啡，而能喝这个量得需要多大的勇气和决心呢？

第二章 毒品的药理效果

忽必烈汗在上都曾经
下令造一座堂皇的安乐殿堂：
这地方有圣河亚佛流奔，
穿过深不可测的洞门，
直流入不见阳光的海洋。
.....

在空中建造那安乐宫廷，
那阳光照临的宫廷，那雪窟冰窖！
谁都能见到这宫殿，只要听见了乐音，
他们全都会喊叫：当心！当心！
他飘动的头发，他闪光的眼睛！
织一个圆圈，把他三道围住，
闭下你两眼，带着神圣的恐惧，
因为他一直吃着蜜样甘露，
一直饮着天堂的琼浆仙乳。

(屠岸 译)

鸦片是一种传统毒品，能让人产生幻觉，以上所摘录的诗句选自英国著名诗人柯勒律治的《忽必烈汗》(*Kubla Khan*)，这首诗是他吸食鸦片后灵感突发的即兴作品。诗句反映了鸦片具有催眠效果，同时也影射出吸鸦片对激发人脑思维的作用。柯勒律治的古典文学功底很深，并且一生都吸毒成瘾，所以他肯定知道关于鸦片的描述（也就是诗句中的“蜜样甘露”）出自哪部古典文学作品，即罗马诗人维吉尔(Virgil)的《埃涅伊德》(*The Aeneid*)，该诗第4节第486行写道：“那令人沉醉的罂粟，含有蜜样甘露。”

据诗人自己描述，服食鸦片后，很快就神情恍惚，他就是在那种半梦半醒的状态下，构思出了那首两三百行的诗。诗中景象逐渐呈现在他眼前，仿佛身临其境。清醒后，他立即把梦中所见所思写下来，但中途被访客打断。再提笔继续写时，却发现最初那些梦幻景象已经支离破碎，于是凭着零碎记忆写成了《忽必烈汗》。然而该作品在他完成后的20年间都没有发表，最后是在拜伦的催促下才得以发表的。原因很可能是柯勒律治觉得那首诗是他梦中之作，不值得发表。

《忽必烈汗》一诗居然是由鸦片带来的灵感促生的，这件事可非同寻常，在文学界引起轩然大波。吸食鸦片后能产生幻觉，如同进入仙境，还能写出美妙的诗句，这对某些浪漫主义作家极具吸引力，但也有人强烈反对。例如，1975年发表的一篇传记文章《塞缪尔·泰勒·柯勒律治与鸦片》(*Samuel Taylor Coleridge: A Bondage of Opium*)对柯勒律治因吸食鸦片得到灵感而作诗的说法竭力反对，作者认为，“写诗非常辛苦，像铺路一样，让人精疲力竭。”更有理性主义者认为，柯勒律治作诗时，状态并非如他自以为是的那样，鸦片不但没有激发他

的灵感，相反却将他的创作火花浇灭。

事实上，柯勒律治和那些反对他的人都犯了同样的错误：鸦片不是写诗的灵感之源，但也没有泯灭这种灵感。麻醉毒品的效果在很大程度上取决于服食者自己的心理状态。如果柯勒律治没吸过鸦片，从未体会过由此带来的幻境，那他可能永远也写不出《忽必烈汗》。同时，幻境本身以及对幻境进行描写的诗句，并非由鸦片所致，而应归功于诗人的个人才情。尽管有人吸食鸦片后飘飘欲仙，感觉自己的艺术想象力提高很多，但是倘若任何人只要吸食鸦片就能写出不朽的诗句来，岂不是非常荒谬？

毒品的药效因人而异，既取决于吸食者的心理特性（包括其性格特点、在多大程度上相信药效以及当时的情感状态等），又取决于药物本身的药性。人们普遍认为，每种药都有自己独特的药性，对不同的服药者也会产生相同的药效，这其实是一个错误的看法。尤其是某些精神麻醉类药品，其服食效果通常都出人意料。

大家都知道不同的人醉酒后的反应也不同。但是在考虑其他药品时，尤其是那些能够影响人的精神状态的药品，人们通常会忽略服药者的心理因素对服药效果所产生的影响。药效的发挥是多种因素共同作用的结果，而药品本身的生化作用只是一方面，在很大程度上还要取决于服药者的个性特质。例如，人喝酒（或服用其他如巴比妥酸盐之类的镇静药）之后的反应似乎取决于其性格。性格外向之人的典型特点是好交际，喜欢聚会，交友广泛，不喜欢独处，不怕冒险，爱寻求刺激。相比之下，性格内向的人孤僻、好安静，除非面对特别亲密的朋友，否则相当沉默，他们都很矜持，凡事都要三思而行。这种人值得依赖，但通常态度悲观。喝酒之后，内向的人似乎对酒精作用不

怎么敏感，而外向的人很快就显示出醉酒迹象。与此相反，安非他明^①或咖啡因等兴奋剂药品，内向的人服用后表现强烈，外向的人却没什么反应。

能说明这个问题的方法之一就是，让几组性格不同的人服用镇静药，比如巴比妥酸盐。这项实验已做过很多次，结果发现，要得到相同的镇静效果，就要给不同性格的人服用剂量不同的镇定片剂，而这种剂量上的差别是很大的。同样的剂量，能对 95% 以上性格外向的人产生镇静效果，而只能对不到 10% 的内向的人起到镇静作用。

药品的分类方式（以上实验中，就将药品分为兴奋剂类和镇定片类）会导致对人的性格和行为的误解。一般认为，任何兴奋剂类药品都能使服用者更加兴奋冲动，任何镇定片类药品都能使服用者更加沉默安静，总之，兴奋剂使人更兴奋，镇定片使人更镇静。但实际结果怎样呢？几乎恰恰相反。也就是说，生理学上的兴奋剂让人更镇静，相反，镇定片让人更兴奋。

现实生活中，人们已经知晓镇定片的兴奋作用。在聚会这种社交场合中，酒就发挥着这样的作用。多数情况下，客人在席间的饮酒量和他谈笑风生的活跃程度息息相关，酩酊大醉就是极其活跃。当然，要使气氛的活跃程度达到高潮，醉酒程度也有一定的限制。一旦饮酒过多，酒精的镇静作用就会失效，最终导致醉酒者失去知觉。

很少有人知道兴奋剂有镇静作用，但在精神病的临床治疗中已加以运用，主要用于儿童多动症。2000 年，就有 2 000 多万份医学处方开过此类药物用于治疗儿童多动症，开药剂量比 1995 年增加了 70%。

用兴奋剂来治疗易冲动、易怒、难管教的孩子，表面上看，这种

① 译者注：Amphetamine，苯丙胺，又名去甲麻黄素，中枢兴奋药及抗抑郁症药。

做法似乎令人费解。给孩子服用安非他明和利他林^①，并告之这些药能让他们安静下来，60%—90%的多动症儿童服药后多动症状有所缓解。兴奋剂的镇静效果看似矛盾，但的确行之有效。不幸的是，一旦停药，症状马上复发。而从长远来看，服药儿童的表现并不比未服药的儿童好多少，因为小孩子都不愿看病，服药期间总会想方设法把药处理掉。

服药者对所服药品的态度

吃药并非一件在心理上顺其自然的事情。不论这药是由医生按处方开出，还是在当地药房购买，或是通过非法渠道获得，你都很清楚其服用方式和服用时间，也知道它可能会对人的思想、感觉和行动产生副作用。就算对药性一无所知，你也会主动搜集相关资料，想尽办法了解其方方面面。药品对人的心理和社会方面的影响却是由服药者自身感知或由别人告知以及当时的社会环境产生的，而这些影响足以改变服药者对药品药理作用的反应。

斯德哥尔摩大学进行的一项调查研究就能清楚表明这一结论。该调查研究将志愿者分为3组：第1组服用相对大剂量的安眠药片，并被告知这药会让她们觉得困乏；第2组服用相同剂量的药片，并被告知不确定该药药效；第3组服用一种胶囊，和第一组一样被告知是安眠药，会使她们昏昏欲睡，其实里面未装任何药品而只是一些面粉而已。正如原先所预测的那样，第1组反应出的催眠效果最为明显，而第2组和第3组的反应基本相同。

① 译者注：Ritalin，盐酸哌醋甲酯，一种类似安非他明的中枢兴奋剂。

即便服用兴奋剂类药品，也不一定奏效，不一定会对人起到相应的作用。可服药者一旦贴上“心理标签”，即在潜意识中认为服药后肯定会精神振奋，而不是因明知是在接受药物测试才这样认为的，就会产生兴奋效果。1962年，美国心理学家斯坦利和杰罗姆进行过一项著名的实验，目的是研究“心理标签”现象。接受实验的学生志愿者被告知该实验是关于心理幻觉的，志愿者被注射肾上腺素^①，中枢神经开始分泌荷尔蒙，并引发一系列相关的生理变化，但随之却没有任何心理反应。于是，他们便对其中一组志愿者详细描述可能产生的药物反应：心跳加快、双手颤抖、脸颊红热，但这些反应片刻就会消失。然后他们又对另一组志愿者描述非真实的药物反应：双脚发麻、浑身刺痒，并伴有轻微头痛。

实验的第2步是让志愿者逐个进入休息室，并告知他们在进一步接受心理幻觉测试之前，先观察服药效果。在休息室，一名特殊的“志愿者”也在等待接受心理幻觉测试。事实上，这个人是事先安排好的一名“实验演员”，而这也是实验的一个步骤。两组志愿者都在等待接受进一步的实验时，“实验演员”开始表现出行为异常：在休息室跑来跑去，一边打篮球，一边玩废纸和纸篮子，还叠纸飞机到处乱投。总之，表现得异常兴奋。

该实验步骤的目的是，观察研究情感（比如过度兴奋）如何产生。实验者的真正兴趣在于志愿者在休息室内的种种表现。两组志愿者接受了相同的药物注射，都在休息室内观看同一个“实验演员”的异常行为，唯一不同的是，第1组已经知道药效，第2组不知道。实验结

^① 译者注：Adrenaline，肾上腺髓质的主要激素，可使心脏收缩力及兴奋性增强，传导加速，心输出量增多，从而促进机体代谢。

果显示，被告知非真实药效的一组志愿者，更容易受“实验演员”的影响而模仿此人行为，也显得更兴奋。

接下来重复进行这项实验，这次是3组人员接受测试：第1组被注射肾上腺素并被告知其真实药效；第2组被注射肾上腺素但未被告知药效；第3组被注射安慰剂，并被告知有肾上腺素的药效。然后，志愿者一一进入休息室，这次“实验演员”表现出恼怒情绪。两次实验的结果大致相同：第1组受“实验演员”的影响最小；第2组也表现出愤怒情绪；第3组与第2组相比，受药物影响小，但比第1组大。

实验中有两方面的因素共同起作用。一方面是服药后的心理作用（比如实验中第1组被确切告知会心跳加快、双手颤抖等），另一方面是人自身对药效的期望和信任程度。当人们不理解自己的感受时，往往会将自己当前所处的特定环境强加于自身。比如，实验中被注射安慰剂的第3组志愿者，他们总会这样暗示自己：“我感觉很奇怪，心跳加快还发抖。我必须像其他志愿者一样表现出愤怒或兴奋。”而第2组志愿者受“实验演员”影响很小，因为他们会把这些行为变化归咎于药物本身。

日常生活中，服药者对药品的信任程度、服药态度以及对药效的期望值，都非常重要。美国社会学家霍华德·贝克尔（Howard Becker）于1953年做过一项经典的大麻吸食者调查，该项调查的目的是研究人如何对大麻上瘾。初次吸食者通常不会兴奋：有人会有点奇怪的感觉，但不知如何表达；有人会觉得身体不适，或许是他当时真的在生病；有人会不耐烦地抱怨根本没什么感觉。上述情况一旦发生，吸食者就可能觉得吸大麻也没什么，或者是为没体验到那种愉悦感而不安，就急于问其他人有何感觉。在交谈中他们可能会注意到以

前不曾注意过的细节，或者以前也注意到了，但没能认识到那也是一种飘飘欲仙的感觉。于是，当他们再次吸食大麻时，更有心理准备去体验那种美妙的感觉了。

初试者必须知道吸食后感觉的详细情节，也要学习如何认识和描述那种感觉。否则，就像兴奋剂实验中志愿者不知道所注射药剂的效果一样，他们对此也会迷惑不解。初次吸食者也许会对早期的吸食感觉感到困惑和恐惧，可能会对自己意识状态中哪怕是最细微的变化也很敏感，并确信自己在逐渐上瘾。初试者会对自己意识的这种变化感到恐惧，而对瘾君子来说，那才是极其美妙的刺激体验。除此之外，大麻再也没什么特别之处。海洛因的初食者也会有类似的心理适应期，之后才能描述内心感受。多数人第一次吸海洛因时都会感觉不舒服，甚至还因此生病。某项调查实验，两组接受实验的志愿者都没有任何药物依赖性，分别被注射小剂量的海洛因和安慰剂，结果显示：注射安慰剂的人比注射海洛因的人要兴奋得多。对任何药物做实验，都能得到相同的结论。多数儿童第一次吸烟都会感觉恶心。同样，很多人第一次喝酒也没感到多好喝。学会享受这类药物所带来的刺激效果，慢慢就开始上瘾。

在吸毒者能够享受毒品所带来的刺激之后，一旦不吸，对毒品惯有的信念和期待也会使他们的言行举止呈现出吸毒后沉醉的样子。在一项针对大麻吸食者的实验中，分别给两组接受实验的吸食者含大麻的香烟和不含大麻只含安慰剂的香烟。结果显示，有些吸了只含安慰剂的香烟的人也会表现出如同吸食了大麻的反应，这只是少数人，且其平均陶醉程度要比吸大麻香烟的人低。另外也有人不管吸大麻还是安慰剂，其表现程度都相同。吸食只含安慰剂的香烟后，吸麻时间越

长的大麻吸食者就越容易醉，吸麻时间越短的人就越有能力把大麻和安慰剂区别开来。

安慰剂效应

沼地蟒蛇取其肉，
商以为片煮至熟；
蝶螈之目青蛙趾，
蝙蝠之毛犬之齿，
蝮舌如叉蚯蚓刺，
蜥蜴之足枭之翅，
炼为毒蛊鬼神惊，
扰乱人世无安宁。

（莎士比亚《麦克白》第4幕第1场第12—19行）

在决定人服药后的反应方面，心理因素显得如此重要，以至于瘾君子哪怕只是吃了安慰剂，照样也可以表现得好像真正吸食了毒品。当然，这就是安慰剂效应（即服食安慰剂所产生的心理和生理方面的变化）。传统意义上的安慰剂没有任何药物作用，淀粉、滑石粉和糖是其主要原料。正因为如此，这些“假”药片才被称为“纯”安慰剂，但我们也不应该认为它就是没有任何疗效的药片。纯安慰剂除了用于控制型实验，并不经常使用。在现实生活中，多数医学治疗经常使用不纯的安慰剂，任何处方都会用到它，因为不管是医生还是病人都认为这些药品有效。其实，安慰剂根本就不起什么治疗作用。很多处方

药物之所以起效，就是利用了患者心理的安慰剂效应。

安慰剂效应既有趣又很重要，但是很遗憾，它在医学界并没有引起人们足够的重视。安慰剂在实践中很重要，它在许多医疗方案中发挥主要作用（目前这点还没得到权威认可）。同时，安慰剂效应在理论方面也同样重要，它增强了人在心理上对药效的认可和期望，推动了临床医学的发展，但医学的发展往往被归功于药效的提高。抗抑郁药物百忧解的试验就能很好地说明安慰剂效应：给病人服用安慰剂，来代替真正的百忧解，结果病人服用后抑郁症状得到明显改善。

还有一个典型的例子是安慰剂能止痛。给病人服用有效的止痛药就能缓解疼痛，但痛觉是心理和生理两方面的因素共同作用的结果，而心理因素又包括信任度和期望值。虽然安慰剂本身没有药物作用，但利用它能改变人对药物的信任度和期望值，因此可以达到止痛效果。安慰剂效应的确真实存在，并非凭空想象和捏造，一个有力的证据就是纳屈酮^①可以使之失效。神经影像学研究表明安慰剂可以减少脑部疼痛敏感区的活动，同时能够增加前额大脑皮层的活动，这也为安慰剂的镇痛疗效提供了更加有力的证据。

所有有机物和无机物都曾被当作药物使用过，包括人类和动物的排泄物和分泌物：鳄鱼粪、猪牙、驴蹄、干蝰蛇、宝石磨成的粉、砖屑、毛皮、羽毛、毛发、人的汗水、蚯蚓和蜘蛛，等等，这些东西都曾被医生使用过。而在《麦克白》中，女巫的自酿酒被描述成神丹妙药。在文明时代，几乎没有医生会相信这些乱七八糟的东西能入药。另一方面，在英美两国的医药处方中，多达 1/3 的药品都没有任何药理作用，仅仅是安慰剂而已。

① 译者注：Naltrexone，一种阿片类药物抗药。

很多人对安慰剂不屑一顾，部分原因是，为应付无知或难缠的病人，医生把安慰剂当作没有任何毒副作用的药，开给这些人并说这药对他们的病有疗效。毫无疑问，这种事情的确存在。然而在多数情况下，医生开安慰剂并不是故意欺骗病人，而是他们都确信其治疗效果。很多医生医术高明，并非对安慰剂的疗效一无所知，但他们有时也使用安慰剂，目的是让病人安静下来。而有些医生医术欠佳，认为安慰剂的确能治病，仅凭个人经验，盲目地给病人开不能治病的安慰剂。

在古埃及时代，医生把鳄鱼粪当作药物开给病人，他们并不是嘲笑病人付不起药费，而是相信这药不同寻常，能让病人的病情有所好转。同样，医生治病的方式还有给病人吃泻药甚至毒药，打针，让病人起水泡、流血，给病人吃水蛭等寄生虫，使其发烧、流汗甚至战栗不止。这种荒唐的治疗方式不是无效就是很危险，或者兼而有之。但有一点可以肯定，就是医生对治疗方案胸有成竹，这就足以让病人相信自己的身体能够康复。因此服药后，医生和病人都会更加乐观，于是很多时候，病人的病情确实能够好转。据此，读者不应该简单地认为安慰剂对治病没有作用，或者认为病情之所以能缓解，只是人的心理作用而已。安慰剂对很多痛证都有积极的治疗意义，如术后剧痛、冠心病所致的胸痛、多发性硬化症、糖尿病、各种辐射引起的病痛、胃溃疡、牙痛、晕船、关节炎以及普通感冒等，而这些病痛都只是安慰剂效应的一小部分治疗范围。利用安慰剂效应治病，康复良好的病人平均比例达到 35%。

安慰剂效应堪比服药效果。对药物的心理反应有时可以改变药效，甚至改变药性，吃药的同时服用安慰剂也有副作用，产生头痛、恶心、口干舌燥、昏昏沉沉以及疲惫不堪等症状，有时甚至出现中毒现象。

有的病人服用含糖分的安慰剂后，会感觉浑身乏力、心悸恶心，另一些病人则身体出疹，停用安慰剂，症状便消失。甚至还有人对抗安慰剂产生依赖，《美国医学杂志》(*Journal of the American Association*) 1995年的一篇文章发出这样的警告：“要治疗安慰剂依赖症，只告诉患者安慰剂不能治病是根本不管用的。”安慰剂依赖症是人从心理上对药物产生依赖的最佳例证。

可以这样说，对安慰剂依赖症进行研究，意义重大。很多人对真正有药理作用的药品认识不足，服用不当，患者吃药时还服用安慰剂，错把安慰剂效应当成有效药物本身的疗效。阿司匹林、扑热息痛之类的止痛药是全世界服用得最多的药品，其误用也最为广泛。人们服用这类药，往往不受医生监督，不知不觉就成了安慰剂。例如，虽然阿司匹林并没有抗病毒或抗菌功效，但在通常情况下，人们会用它来缓解普通感冒症状。阿司匹林还被用作催眠药，尽管其镇静作用微乎其微。美国人每年至少要消耗掉 9 000 吨阿司匹林（相当于每天服用 4 400 万片这种药片）。在美国的康涅狄格州，一项针对献血者的调查研究表明，37% 的献血者近期服用过阿司匹林。同样，在英国，这种药也被广泛服用，英国人每年消耗的镇痛药达 2 000 吨，大约是 43 亿片这种药片。而且有 100 多万人每天定期服用。判断是否是滥用镇痛药的一个标准就是，计算 6 个月内的服药量是否超过 1 000 克。根据此标准，英国滥用镇痛药的人数多达 25 万。我见过的滥用镇痛药情况最严重的是一名 42 岁的女性，她吃药就像是瘾君子对海洛因上瘾一样，每星期能吃掉 200 到 300 片阿司匹林。

人们之所以滥用这类药，原因就在于他们认为这类药根本就不是药，没有什么副作用，所以想吃就吃。可事实并非如此。在英国，每

年大约有 7 000 位病人因胃肠道出血（且通常都是胃溃疡）而住院治疗，这是过量服用阿司匹林导致的。超大剂量服用这类药还能引发肾病，也是导致儿童猝死的主要原因之一。滥用药物的现象如此普遍，反映了疼痛是生活的一部分，人们急需镇痛药来缓解。

安慰剂效应还体现在另外一种药物上，那就是壮阳药，人类始终执著于研制这种药。古埃及出土的纸莎草上就写有“壮阳药”的详细配方，希腊也有这方面的记载，比如欧里庇得斯（Euripides）的作品《美狄亚》（*Medea*）中的描写。甚至《圣经》中也涉及这个话题，《创世记》第 30 章 14 至 16 节中描述，利亚（Leah）是雅各（Jacob）的第一个妻子，她用曼德拉草（*Atropa Mandragora*）和雅各同寝并生子。在欧洲，曼德拉草具有超级魔力，是最重要的巫术道具，据说如果有人拔曼德拉草，曼德拉草就会念咒语，任何听到咒语的人都必死无疑。早期的基督教徒认为，曼德拉草是由上帝所造，上帝在造人之前，先在伊甸园造出这样一株草来做实验。马基雅弗利（Machiavelli）惊叹于曼德拉草强大的壮阳特性，写作喜剧《曼陀罗》（*La Mandragola*）。然而事实上，曼德拉草不含任何提高性欲的化学成分，其主要成分是东莨菪碱和阿托品，这些成分都能让人意识混乱，服食者便更相信它有壮阳效果。如今，东莨菪碱用作审问罪犯的“测谎剂”。

在西方国家，人们都认为松露和牡蛎有壮阳功效。然而事实并非如此，二者均不含兴奋剂成分，不能催情。牡蛎的主要成分是水，所占比例在 76%—89% 之间，其他成分中有 3.7%—9.6% 是碳水化合物，0.9%—3% 是无机盐，8%—11% 是蛋白质，1.2%—2.5% 是脂肪。照此分析，松露的壮阳作用就更小了：它含有 77% 的水分，13.5% 的碳水化合物，其他成分是脂肪、蛋白质和无机盐。就连毫不起眼的

马铃薯也曾被认为是壮阳食物，而其他所谓的壮阳食物也只是徒有虚名而已。

尽管已经证实这些食物和药品虽然并非一无所用，但其壮阳作用没有任何物理或化学依据，然而，和其他很多物质一样，它们还是频繁地被当作壮阳物质来使用，原因在于人的心理作用对药效的影响。壮阳药确实是一种特殊的安慰剂，而酒是常用的调情饮品，或许，在轻松愉悦的环境中品味佳肴最能激发人的性欲，借着酒精的作用，人更能够激情荡漾。

糖果，
不错。
喝酒，
妙透。

（奥格登·纳什）

然而，酒精本身不能直接激发性欲。那些好色之徒应该牢记对饮酒者的警告：“酒能燃起激情，但也会让人乱性。”（《麦克白》第4幕第3节第29—30行）

芫菁粉的确是一种壮阳药，与以上所说的各种壮阳物质不同，它被认为药效可以直接作用于生殖器上。这种粉末来自欧洲南部的一种很漂亮的甲虫，甲虫全身闪闪发亮，人们把它烤干，捻成细细的粉末，粉末里有一种叫斑蝥素的物质，该物质能引起肠胃严重不适和泌尿道炎症。这从某种程度上刺激了生殖器官，人们便以为它能激发人的性欲。芫菁粉有毒，服用很危险，因此我们也不提倡使用。

近年来，维生素 E 和人参越来越得到人们的青睐。作为保健药，它们的作用不知被夸大了多少倍，如果这些夸张言辞所述为真，那人就永远不会得病了！现在很多制药商家都极力寻找一种万灵药，而维生素 E 恰好迎合了这种需求，大剂量服用虽然没有什么医疗效果，但也不会产生副作用。从痤疮到癌症，从脱发到冠心病，维生素 E 被广泛地用于各种疾病的辅助治疗。吃药是为了治病，而人上了岁数就会生病，于是，治疗各种疾病的药片铺天盖地，应有尽有，比如防止亚健康的保健药、使人产生愉悦感的抗抑郁药以及增强性欲的壮阳药，等等。人参似乎也能满足这些需求，但它的药效比维生素 E 要大得多。在中国，人参是家喻户晓的补药，有数千年的服用历史。中医学认为，人参能平衡人体阴阳^①。和咖啡一样，人参温和、刺激性小，能平燥并滋补元气。可以预见，人们也会把维生素 E 和人参都看作壮阳药物，但其实有这种功效的物质实在太少。

在过去几年中，一项新的研究成果——伟哥受到人们追捧。其特有的化学药效能治疗阴茎勃起障碍，男性在性交前服用这种药物，能延长性交时间。服药后，其药效能持续 25 分钟到 4 个小时。该药曾引起很大轰动，虽是处方药，但自问世以来，其广告充斥于网络和药物黑市。尽管如此，严格说来，它也不能算是壮阳药。因为它不能激发性欲，只能在男性具有性冲动时，帮助其性器官发生性关系。

最后，几乎没有确凿证据表明任何一种所谓的壮阳药安全可靠。性欲令人难以捉摸，不能简单地认为只靠药物就能维持。

^① 译者注：中医认为，人体阴阳平衡协调是身体健康、各项生理活动正常的表现。

药物反应机制

人们大大低估了心理作用对药效的影响。然而，过度关注心理作用又会误导我们。药是化学物质，能快速产生强烈的效果。任何人大量饮酒或吸食海洛因，体内都会发生化学反应。

服药者的心理因素、当时的社会环境以及药本身的药理作用，都会影响服药效果。哪种因素的影响力最大呢？有时是心理因素，比如安慰剂效应；有时是社会环境；也有时是药物本身的药理作用，尤其是在大剂量服用之后。本章主要强调服药者的心理因素对药效的影响，目的在于纠正一种错误的传统观念，这种传统观念认为药效就是所服用药品的本质特点。如果认为人对某种精神刺激类药品的反应仅仅是人体对化学药剂的一系列生理反应，那我们就大错特错了。但我们也不能否认这类药的确能对人的生理系统产生强烈的影响，其中有些影响非常有趣。

运动员就利用这类药物对人的生理作用，在体育比赛中服用兴奋剂以求超常发挥，战胜对手。在 1865 年的阿姆斯特丹运河游泳比赛（Amsterdam Canal Race）中，曝出首例运动员服用兴奋剂事件；19 世纪时，某些自行车参赛选手也服用咖啡因或可卡因之类的兴奋剂；1955 年举行的环法自行车赛（Tour de France）中，五名参赛选手的尿样检测结果呈阳性。1962 年，国际奥组委充分意识到这些事件的严重性，便决定制定相应的政策来杜绝运动员服用兴奋剂。1967 年，环法自行车赛电视直播，全世界都目睹了参赛选手汤米·辛普森（Tommy Simpson）在比赛中途猝死。随后尿检显示他服用过安非他明和脱氧

麻黄碱^①，二者都是中枢兴奋剂。1998年，环法自行车赛又曝出赛车手服用兴奋剂的丑闻，其中所涉及的相关赛车手、车队及其队医的种种行为，都让伟大而神圣的体育精神蒙羞含耻。

在体育比赛中，运动员服用过各种刺激神经系统的药物。其中有兴奋剂，如安非他明、咖啡因（Caffeine）、可卡因（Cocaine）、麻黄素（Ephedrine）等，这类药品能够缓解疲劳，增强体力；还有镇痛剂，如可待因（Codeine）和吗啡（Morphine），这是能够减轻一切痛证的药品。 β -受体阻滞类药物有时可用来抑制某些负面生理症状，比如由紧张所致的手发抖或心跳加速。于是，在射击、箭术和斯诺克之类的体育赛事中，这类药物便派上了很大的用场，因为这些比赛都要求运动员手部动作稳健协调。此外，这类药物对跳台滑雪、花样滑雪等要求精神高度集中的比赛项目也颇有帮助。

多年来，体育比赛中经常使用的兴奋剂大都是激素类药物，也叫雄性合成激素，其化学成分与天然雄性激素和睾丸激素相似。雄性激素能促进男性特征发育，人工合成的雄性激素能增强肌肉组织。在体育赛事中，力量、耐力和肌力都是衡量运动员是否优秀的重要因素，人们往往盲目追求竞技优势而不择手段，滥用雄性激素。最早服用雄性激素的是20世纪50年代后期的健美运动员和举重运动员，自此以后，服用雄性激素在其他体育比赛项目中逐渐流行起来。在1988年的首尔奥林匹克运动会中，其兴奋剂检测结果显示，2名五项全能运动员、5名举重运动员，还有田径运动员、摔跤运动员以及柔道运动员，其尿检结果都呈阳性，表明这些运动员都服用了兴奋剂。

美国国家足球联盟（The National Football League，NFL）表示，

① 译者注：Methamphetamine，又称甲基苯丙胺、甲基安非他明，是一种中枢兴奋药。

在 1987 到 1988 年间有 6% 的运动员被检测出服用了兴奋剂。有评论员指出，美国职业足球运动员滥用激素的情况最为严重，而且其真实服用率远远高于曝光率。前美国国家足球联盟评论员说，多达 25% 的运动员都服用过激素类兴奋剂。

由于激素类兴奋剂有助于运动员增加训练强度，使训练时间更持久，从而增强其肌肉力量，提高比赛竞争力，所以也被称为“训练良药”。一位知名国际教练指出，世界顶级短跑运动员服用兴奋剂后，在百米赛中其用时能减少一米的跑步时间。有时，运动员服用“混合”兴奋剂，即同时使用很多不同的合成激素；有时服用“循环”兴奋剂，就是几种激素交替并大剂量使用。由此造成的最大风险就是肝脏损伤，诸如黄疸病、肝功能衰竭和肝癌等。另外，激素还会影响人的性功能，对男性服用者，能引起精子数量减少、不育、睾丸萎缩等症状；对女性，会导致性器官蜕变、脱发、长胡须等问题。激素会使人的行为产生异常。尤其是女性和青少年，为了取得更好的比赛成绩，不得不冒巨大风险服用兴奋剂。于是，女性运动员会出现经期紊乱现象和长胡须、体毛浓密等男性化体征，以及嗓音变粗且不可挽回。对青少年男性运动员来说，其生长发育和性器官发育会受到阻碍。

近年来，尽管大力整顿，但这种兴奋剂作弊现象仍屡禁不止。事实上，作弊现象如此根深蒂固是因为兴奋剂的化学成分没有一个明确的界定，让很多人钻了空子。若仅从化学成分的角度来讲，兴奋剂中的很多成分都不属于药物的范畴。目前，很多运动员服用天然激素，因为暂时还没有针对这类激素的行之有效的检测方法，美国足球运动员就在滥用一种生长激素。促红细胞生成素也属于这类激素，主要在肾脏生成。通常在人体患心脏病、呼吸道疾病或贫血症时产生，能引

起血液中红血球的数量增多。这对运动员来说意义非同寻常，因为红细胞增多，血液和肌肉的含氧量就会增加，从而能让他们迅速恢复体力。它有助于长跑运动员保持速度，一万米长跑在跑过一分钟后就能看出效果，其效果在服用后能保持长达两周的时间。

另外，血液注射（即直接注射血液或者含红细胞的血液产品）也不易被检测出作弊。因为可以注射运动员本人的血液，所以检测不出来，并且也能达到使用促红细胞生成素的效果，还能通过增加含氧量来达到增强耐力的目的。这样做风险很大，能引发心力衰竭或心脏骤停，很多运动员英年早逝，大概就是这个原因。环法自行车赛中就有人使用过促红细胞生成素，这是一项极需耐力的运动项目，在 1998 年的一次比赛中，运动员使用促红细胞生成素来增强耐力曾引起巨大轰动。1987 至 1991 年间，至少有 12 名荷兰籍自行车赛选手因此而死亡。1998 年的奥林匹克运动会短跑项目金牌获得者弗罗伦斯·格里菲斯·乔伊娜（Florence Griffith Joyner）猝死，年仅 38 岁。无论是注射血液还是促红细胞生成素或其他什么物质，都会给运动员带来巨大的生命危险，不亚于注射海洛因。

能影响人精神的兴奋剂类药品，其服用方式对药效有很大的影响。在通常情况下，静脉注射远比直接吞服产生作用更快，效果也更明显。而烟吸摄入也是一种快速产生药效的摄入方式，例如吸烟。尼古丁（Nicotine）被肺部快速吸收并到达大脑只需 7 秒钟，其效果可谓立竿见影，而静脉注射尼古丁，其经血液从胳膊流动到大脑需要 14 秒的时间。所以人们通常都是通过吸烟摄入尼古丁，而不是通过静脉注射。

服用途径也会影响人对药物的依赖程度。总体来说，鼻吸要比烟吸上瘾的几率小，可卡因是这样，香烟也是这样；而吸食要比静脉注

射造成的依赖程度小一些，比如海洛因。人们对以上这些药物的依赖程度或服药产生的风险大小似乎与服药途径有关，尽管本质原因还不得而知，但可能跟服药者血液中药成分密度或速度反应等变化有关。

在过去 10 年甚至更长的时间里，科学家们热衷于研究药物的神经心理作用，这些研究存着不同的实验目的。20 世纪 50 年代，加拿大麦吉尔大学（McGill University）有一位叫欧兹（Olds）的年轻心理学家，他的研究重点是不同的大脑区域对学习的影响。为验证自己的一个猜测，他将小股电流导入实验小白鼠。当时大脑电流的输导技术尚未成熟，而且有一次发生意外，电极错接到小白鼠大脑的其他部位，结果小白鼠对电流的反应没有达到预期效果。若是其他科学家，可能会对此忽略而继续实验，然而欧兹却从中颇受启发，他发现小白鼠似乎对自己接受电击时身体所倚靠的那部分鼠笼非常感兴趣。于是他又反复对这只小白鼠进行相同的实验，结果发现，这只小白鼠再也不愿意离开让它接受电击的那部分鼠笼了，好像还在等待更多次的电击。

随后，无数次系统化地重复该实验，结果显示，实验动物接受电击后总是不断去按压那个让它们自动接受电击的杠杆，假如置之不理，有些动物每分钟能按压 100 多次，甚至接连几小时都这样做。而实验动物这种对电击上瘾的现象只有在电极被接到大脑的一个特殊区域时才会发生，那就是大脑边缘系统。当时，人们对大脑这部分的系统功能还没有完全掌握，但可以肯定的是，它在控制情绪方面起着非常重要的作用。欧兹的实验成果可谓一个重大突破，因为之前从未有过科学研究证明电流刺激也是会带来舒适感的。毫无疑问，实验动物

非常享受电击，如果随后几天不再电击，它们就会自己跳到实验器具里，急切寻找能带来舒适感的电击。这个结论偶然也在人身上得到应验，一位女性在接受 5 至 10 分钟电击的实验过程中，反复出现性高潮，这表明人也能从电击中体验到精神愉悦和性快感。因此，大脑的这部分区域很快就被称为“愉悦传感区”。

这个发现不能不振奋人心，引发很多人重新思考那个古老的恐怖传说：自己的意志能够被他人控制。阿瑟·C. 克拉克（Arthur C. Clarke）在他所著的科幻小说《未来的轮廓》（*Profiles of the Future*）中，就提及未来的电控机器人，并说机器人的发明可能比物理学上的核发明更具影响力：“无论它是善良，还是邪恶，机器人的出现都极有可能，这点毫不夸张，绝非笑谈。”

这些早期实验激起了一些科学家的研究兴趣，他们认为，从神经心理学的角度出发，吸毒能够刺激大脑的愉悦传感区。毒品进入血液中后迅速被大脑吸收，支持者由此断定，很多能改变人精神状态的药物是直接作用于大脑的愉悦传感区的。长时间服用某一种毒品，大脑会排斥其他毒品，并且该种毒品的服用剂量会越来越大，否则愉悦反应会降低。这种解释从表面上看似乎合理，可能也有其科学价值，但还不足以让人完全信服。它巧妙地避开了吸毒的生理学定义。例如，如果毒品直接刺激了大脑的愉悦传感区，那它就能让人立刻体验到某种不可言说的快感，那么吸毒者一旦尝试吸毒，就再也无法抗拒这种快感的诱惑。然而，很多人第一次吸毒后感觉很不舒服，只有后来慢慢学会如何去享受时才能领略到其中的乐趣。同样，多数吸毒者不会对毒品上瘾，甚至非常富有的毒品依赖者也总是适量吸食，毒瘾也能得到满足。他们即便拥有经济实力，可以随心所欲地购买想要的毒品，

也不会毫无节制地大量吸食。

从生理学的角度来看，这些吸毒特征无法得到合理的解释。以上某些牵强附会的解释容易让人联想到一个恐怖的神话传说，就是普罗克汝斯忒斯（Procrustes）之床。强盗抢劫路人后把他们绑到一张床上，如果被绑的人比床高他就把他们截短，比床短就把他们拉长，直到和床一样长。

20 世纪 70 年代中期，科学研究表明，人类大脑中含有一种类似于吗啡的化学物质，这一发现重新激发了人们对研究大脑机制和药物反应之间关系的兴趣。大脑中的这种物质是人体内的一种天然吗啡，简称为“内啡肽”（Endorphins）。在整个人体中枢神经系统中都有专门的对应器官对该物质进行接收和反馈。

这种化学物质可能是人体自身主动抵御病痛而由大脑所分泌的一种天然物质。例如，多项科学观察均显示，人在分娩过程中会分泌大量内啡肽；另据报道，针灸后为了减轻疼痛，人体也能自动释放内啡肽。也有争议说，从神经化学的角度讲，内啡肽的特殊反应现象类似于安慰剂效应，大脑中的这些化学物质和其相应的接收或反馈器官相互作用，也能对海洛因或可卡因之类的药物产生作用，这似乎可以解释吸毒上瘾现象。在通常情况下，内啡肽可以平衡大脑神经对人体痛感和压力的反应，然而鸦片制剂的这种功能比内啡肽更为强大，这就导致了鸦片制剂使人体自然的化学反应机制发生紊乱，并且控制人体痛感神经。长期服食鸦片制剂会减缓人体对正常化学机制的反应，甚至削弱该机制的正常功能，于是人们就不得不依赖外在的药物反应来维持人体机制的正常活动，一旦停药，人体自身的调节系统就会崩溃。

毒品依赖具有矛盾性，这一矛盾的关键在于，从吸食毒品到依赖

毒品的转变过程，也是一个人从有意识地控制某种行为到这种行为成为一项个人习惯的转变过程。很多人吸毒或是为了享受毒品的刺激，或是受身边吸毒的朋友的影响，或是出于其他很多心理因素的影响。对毒品依赖者来说，吸食毒品的动机可能不只是主观上想要享受毒品所带来的快感那么简单。

那么主动尝试吸毒是怎样转变成为一种主观性的强迫吸毒行为的呢？吸毒者又是怎样感觉控制吸食量或戒毒困难的呢？这就需要解释清楚想吸和享受之间的区别。随着毒瘾的加深，尽管吸毒快感越来越小，但吸毒者对毒品的渴望却越来越强烈，甚至发展到病态的程度。对戒毒者进行治疗观察，他们都表示自己非常痛苦，对生活失去信心，内心十分渴望戒毒。总之，他们经常对自己这种强迫性行为感到困惑，深陷其中而不能自拔。

另一项研究发现，大脑中还有一种叫做多巴胺（Dopamine）的神经化学物质，这就促使人们对正常大脑中愉悦传感区的反应进行猜测。现在人们普遍认为，能让人上瘾的药物，绝大多数甚至全部都能导致多巴胺在人脑前一个叫脑核的区域的分泌增多。

多巴胺是如何致使满足感的产生并让人对此上瘾的呢？各种猜测纷至沓来。其中一个有趣的假设是来自近期的神经生物学研究，该假设指出，大脑中的多巴胺分泌系统在人体的“渴望”情感动机中起重要作用。该研究认为吸毒成瘾是一种人体动机紊乱现象，由大脑中多巴胺分泌系统的敏感度导致。研究显示反复吸毒能导致大脑产生一系列的变化，使大脑的愉悦传感区对毒品反应高度敏感，在判定毒品的愉悦反应及其所形成的“想要”和“需要”的愉悦反应方面，大脑系统高度敏感并起关键作用。

然而，即使是从神经化学的角度出发，参与大脑愉悦传感区的反应并对此敏感的化学物质也不仅仅是多巴胺，谷氨酸盐也具有这种功能。对这些神经化学物质及其影响进行研究，是科学领域的一个热门课题，并且也常被用来解释毒品依赖现象。然而如果单从神经物理层面去描述大脑的运行过程，并以此来解释毒瘾现象，也非常不合理。近来某些专家将毒瘾理解为一种“大脑疾病”，这也容易使人误解，因为人的行为受心理、社会和环境等各种因素的影响，而神经中枢系统的敏感反应要通过各种复杂的行为方式来体现。

近年来另一项研究热点是抗毒瘾疫苗的研制，主要针对尼古丁、大麻、可卡因、脱氧麻黄碱和海洛因等毒品的成瘾问题，可以说是一种对抗毒瘾的药物治疗方法。抗体既可以由人体的自然免疫系统主动产生，也可以由外界给予抗体疫苗而被动产生，它可以阻止毒品进入人体中枢神经系统。例如，已研制出的抗可卡因疫苗，就是由提取自B型霍乱病毒上的一种蛋白质所合成的抗体，该疫苗通过阻止可卡因和随之释放的多巴胺进入大脑，从而降低毒品对人体的不良影响。因为抗体主要存在于血液循环系统中，所以对人体中枢神经系统没有明显的副作用。

这些抗毒品疫苗的效果究竟怎样，让我们拭目以待。早期一些抗毒品疫苗用于海洛因的戒断治疗，但很快人们就放弃使用，因为吸食海洛因的人一旦通过注射该疫苗戒毒，就很容易转移毒瘾而对其他鸦片制剂上瘾，而抗海洛因疫苗对此毫无作用。同样，任何抗毒品疫苗都面临其他的免疫问题。比如对可卡因吸食者来说，可卡因疫苗发挥的作用微乎其微，原因是可卡因进入大脑的速度很快，而疫苗抗体的融入速度很慢，根本就来不及阻截可卡因的侵入。抗尼古丁疫苗的功效

效稍微好些，因为抗体进入人体的速度要比尼古丁快 1 000 倍。抗毒品疫苗所面临的一个更大的挑战就是，现行的有效疫苗只是在短时间内起作用，并且需要在后期定期注射才行。此外，假设这些问题都能得到解决，我们又该如何应对道德方面的问题呢？比如，从道德层面来讲，为防止儿童日后吸毒，我们是否可以给他们注射抗毒品疫苗呢？

第三章 社会环境的影响

1959 到 1975 年的美越战争（The Vietnam War）是美国历史上持续时间最长的一次军事战争，这次战争给广大美国人民带来很多意外的伤痛，其中之一便是美军士兵普遍吸毒。截止到 1970 年，几乎每一名越战士兵都接触过海洛因，通常都是在抵达越南后的头几周内由战友提供的。一名战士说自己平生第一次接触到的海洛因就是在走下抵越飞机之际，一名要搭乘同架飞机的回国战士给他的。截止到 1971 年，据粗略估算，近半数美军越战士兵都至少吸过一次毒，主要是海洛因，其中多数人是长时间内不止吸一次毒，并且多数人吸毒的种类不止一种。士兵们最常吸食的是安非他明和巴比妥酸盐类的麻醉毒品，另有估计表明，超过 2/3 的士兵吸食大麻，20% 以上的人有过毒瘾。这对美国军事和民政当局来说是一个极其严重的警告，当时美国正在努力树立西方民主文化形象，并极力抵御东南亚共产主义政变危机，在这种关键时刻得知这种耸人听闻的吸毒事件和相关统计数字，着实让国家当局惶恐不安。然而，将成千上万名吸毒的越战士兵开除军籍并遣送回国，更不是明智之举。

更令人震惊的是，美军士兵在越南战场的征战行动，并不被美国

国内的民众所称道，相反却遭到怀疑和厌恶。1968年，美国进行了一次全国调查，该调查被后来的军事组织称为美越战争大屠杀“重大事件”，调查内容是个人或组织的犯罪行为，包括对无反抗能力的弱者的谋杀、强奸、鸡奸、人身伤害等，调查对象几乎都是经历过战争的妇女、儿童和老人。调查结果显示的死亡人数不能确定，但至少超过400人。其他在越战大屠杀中的“重大事件”就是突发的战争袭击。袭击中，美军军官命令手下战士予以反击，敌军投掷手榴弹就理所当然地造成重大的人员伤亡。据报道，从1969到1971年，突发的袭击事件从126次增加到333次，更有美军喷气式作战机的驾驶员误中自己军队的炮火而被活活烧死的事情，临阵脱逃的士兵人数不断上升，所有这些都反映出当时越战美军内部出现了越来越严重的问题。从1966到1972年，越战逃兵率从16%增长到65%，逃兵人数翻了两番。正如一名美越战争前军官所述，当时越南战场上的美军总体情况：“军心涣散，士兵们抵触战争、不服军令、谋杀军官……没有任何战斗力，接近军事哗变。”

有人把越战中的多种不幸事件和丑行归咎于吸毒，但缺乏足够的证据证明。更可靠的说法应该是，军队中的普遍吸毒现象是军心涣散的结果，越战美军意识到毒品的效果并亲自体验之后，吸毒现象便充斥于美国社会的各行各业。不管怎样，这对美越战争来说都是一个最悲哀的讽刺：美国政府为越战士兵吸食海洛因买单，同时还负责用飞机将这些毒品运送到国内。越南人卖给美军士兵的绝大多数物品品质低劣，然而海洛因除外，这是一件真实的礼物，是印度支那国献给美利坚合众国的礼物，是时任美国总统的尼克松先生及其全体前任总统送给美国士兵的礼物！

充斥于美国大街小巷的海洛因全部被视为违禁毒品，但其价格比在越南战场上要昂贵数倍，且纯度更低，因此人们担忧吸毒者对毒品上瘾的几率更大，其犯罪行为也会更加猖獗。于是，政府便建立特殊的监督体系，检测被遣送回国的越战士兵在回国之前是否吸毒，并帮助吸毒士兵戒毒。

越战士兵回国后，极少有人复吸，这让国人为之震惊。复员后的士兵中，只有 7% 的人再次吸食过鸦片类毒品，不到 1% 的人表示回国后曾经复吸。即便是那些在越南战场上已经对毒品上瘾的士兵，也只有不到 10% 的人表示回国后毒瘾没戒掉。同国内这些关于吸毒的统计数据相比，这个数字要低很多：有人大概已经猜测到多数士兵吸毒都与自身的问题有关。从战场返回后，战后恐惧压力综合征是他们普遍面临的心理现象，需要进行心理干预和调节，从这个角度来看，极低的复吸率也让人吃惊。

越战本身及其战后所发生的事情都与人们对吸毒问题的普遍看法相冲突。传统观念认为，对海洛因上瘾是多次吸食的结果，一旦上瘾便几乎不可能再戒掉。而越战士兵的经历表明这些观念都是错误的。很多吸食过海洛因的战士都没有上瘾，即使上瘾，多数人在回国后也能成功地戒掉。

越战士兵的吸毒事件是整个吸毒史上奇特的一页，并非常有利地证明了这样一种观点：社会环境的改变能对吸毒者的吸毒方式和行为产生巨大影响。美国士兵被派往越南战场作战，他们都非常年轻，远离家乡熟悉的社会与家庭环境，不再受惯有的社会和道德制约，对多数人来说，那种经历令人茫然、困惑且经常感到极度恐惧，而逃离战场又几乎不可能，除非自残致重伤才可能被遣送回国。当时越南的毒

品价格低廉且购买方便，于是吸毒就成为他们排解苦闷、逃避现实的理想方式。

越战中，还有很多其他方面的因素共同作用，都让士兵不能避免吸毒。首先是心理方面。突然离开和平、熟悉的国内环境而来到陌生且极其危险的异域战场，这让他们倍感沉重，从而增加其吸毒的可能性；战场上大家的内心都充满恐惧，体力透支，军旅生活单调无聊，而吸毒正是缓解身心疲惫的有效方式。其次是社会方面。征战到异国他乡，摆脱了原有的社会和道德约束，从而可以随心所欲地吸食毒品，他们往往把这种战争经历看作是对“现实生活”的暂时规避；在这个全新的社会环境中，面临着种种吸毒压力，周围人都在吸，你不吸就是异类；另外，在越南可以轻易买到各种毒品。这就不难想象吸毒现象何以在越战战场上盛行了。

然而，越战士兵回国后为何能够轻松戒毒，也可以从以上这些方面来解释：回国后，以上关于外国的三方面的影响全部消失，吸毒的压力也相应降低。为了搞清楚人们的吸毒方式，我们不仅需要考虑不同的吸毒方式所带来的反应效果，还要考虑当时的社会环境对吸毒方式的影响。在越南，当时特殊的社会和心理因素共同作用并影响着士兵们的吸毒方式，当然还有其他因素。

毒品的市场供应量是决定吸毒方式的一个重要的社会因素，但它往往被忽略。该因素表明，吸毒方式越简单，毒品的市场供应量就越大，就有越多的人吸毒，所带来的负面问题也就越多，不管什么毒品都是这样。由于社会文化因素对吸毒方式也有影响，在不同的社会环境中其具体的吸毒方式也有很大的不同。需要说明的是，毒品的“供应量”要从几个不同的方面来理解：实际产出量是最明显的一种统计

方式；心理因素对毒品的供应量也有影响，吸毒者的背景、性格以及信仰等，都会影响他对某种毒品的吸食兴趣；经济因素，吸毒者需要考虑他对某种毒品的实际购买力；社会因素，包括某种毒品在这个社会群体中是否被认可以及他人对这种毒品的吸食者的态度等。越战士兵所处的环境决定了吸食海洛因是最便捷的吸毒方式。

巴基斯坦（Pakistan）日益严重的海洛因吸食问题为国内的吸毒问题研究提供了一个有趣的案例，该案例表明，海洛因供应量的变化对吸食者也会产生一定的影响。20 世纪 70 年代，巴基斯坦不存在吸食海洛因的问题，因为当时海洛因只在卡拉奇（Karachi）和其他大城市出售，数量稀少且价格昂贵，吸食者大都是在国外染上的吸食习惯。1980 年，伊朗王（Shah）的政权被柯梅尼（Khomeini）推翻后，伊朗将国内的海洛因生产者逐出国境，他们大都逃往阿富汗和巴基斯坦北部地区，同时也将制作海洛因的技术带到那里。

生产制作海洛因能带来巨大的经济利益，巴基斯坦北部地区的农民和游牧部落很快就从中获利，于是从 1980 年起他们便开始大面积种植罂粟，用以制作海洛因，其中以西北边境各省的种植和生产加工最为繁盛，而这些地区多受当地游牧部落管理，处于无政府状态，所以毒品加工行为不受任何管制。当时，数百万阿富汗人民为躲避苏联入侵，纷纷逃往邻国巴基斯坦，这些战争难民对当地海洛因产业的兴起和繁荣起了重大作用。短短几年之内，巴基斯坦便成为世界上最大的海洛因生产国和出口国，据估算，1988 年该国鸦片产量超过 400 吨。

在海洛因没有流入之前，很多巴基斯坦的年轻人都吸食一种印度大麻制剂，海洛因是一种新型的粉末制剂，无论是从现实因素还是从心理、社会（巴基斯坦当地的社会文化环境以及伊斯兰社会文化都允

许吸食海洛因）和经济因素（供应充足，价格低廉，还能以更低的价格从黑市购得）来讲，都具备足够的供应量和吸食条件，因此，人们开始尝试这种新型毒品。

所有这些因素导致吸食者数量急剧上升，截止到 1982 年，巴基斯坦的海洛因吸食者多达 10 万人，这一数字持续增长若干年。截止到 1984 年，仅卡拉奇一个城市的海洛因吸食者就有 5 万多人。1998 年的一项全国调查报告指出，在这个人口数量为 1 亿的国家，海洛因吸食者多达 70 万人。

我们对毒品的吸食态度以及期望值对吸食效果有很大的影响，这在前面的章节中已经解释过。然而信任度和态度并不只是服药者的个人因素，还与我们生活的社会环境息息相关。在 1960 到 1990 年间所拍摄的电影中，有大量的吸烟镜头，我们对其中的 20 部优秀影片进行调查，结果发现，影片中吸烟的人物往往是事业有成、相貌出众的男性白人，吸烟是他们缓解压力的一种方式。尽管后来影片中主角人物的吸烟镜头有所减少，但其出现频率仍然是实际生活中的近三倍。

对毒品的态度反映出我们对社会环境的理解，而社会环境从三个方面影响吸毒行为：第一，影响对毒品的界定，哪些属于毒品，哪些不能算是毒品；第二，影响吸毒者吸毒后的言行举止；第三，影响毒品在吸毒者身上所产生的一系列药效反应。如果不考虑社会环境，而只是单纯地分析毒品或吸毒者，我们就不能全面地理解吸毒现象。

其中一个研究重点就是，离开惯有的社会环境对吸毒将产生什么影响。阿拉伯茶（Khat，产于非洲和阿拉伯）是一种多年生灌木植物，它的叶子经研磨能提取出一种叫做卡西酮（Cathinone）的中枢兴奋药，具有温和的提神效果，包括索马里亚（Somalia）在内的几个北非国家

都生产这种药品。我们对逃往伦敦的索马利亚难民的生活状况进行考察，结果发现在这些远离国土的难民中，多数人摄入的阿拉伯茶量增加，还有很多吸食者面临不同程度的阿拉伯茶依赖问题。有人直言不讳地表示滥用毒品对身心健康伤害很大，会造成失眠焦虑、偏执多疑、全身疼痛等。我们似乎可以断定，这些阿拉伯茶服食者增量摄入阿拉伯茶并引起各种不良后果，就是因为他们离开原本熟悉的国土文化环境，逃亡到一个完全陌生的英语国家，其原有的社会法规及道德约束便相对削弱或不复存在。

研究毒品与宗教信仰之间的关系，是从一个更为广阔的社会环境视角来对吸毒行为进行考察。很多宗教教规对毒品有明文规定，并不完全禁毒。尤其是一些很古老的教派，对吸毒还情有独钟，很多进行过宗教研究的人类学家都相信，所有超自然的认识都来源于宗教先知对宗教前景梦幻般的描述和欣喜体验。而很多毒品都具有致幻效果，能让人狂喜，精神解脱，飘飘欲仙，于是，毒品也被广泛应用于宗教目的。“Ecstasy”即“狂喜”，这个单词源于希腊词汇“Ekstasis”，意思是灵魂飞出身体。

关于酒精在宗教中的作用，一直都存在着争议，尚无定论。在威廉·詹姆斯^①的作品《宗教体验面面观》（*The Varieties of Religious Experience*）中，尽管他也指出酗酒等于服毒，但他也写道：“毋庸置疑，人之所以喝酒，就是因为酒精能产生这些神奇效果。”阿道夫·赫胥黎（Aldous Huxley）却不认同这种观点，他认为，酒精不能让人感受到欣喜愉悦，唯一可以肯定的是，人在醉酒后因精神完全解脱而感到无限快乐。酒神狄俄尼索斯或巴库斯的典型膜拜仪式就是，一大群

① 译者注：William James，1842—1910，美国心理学家和哲学家。

人狂歌劲舞。而古罗马的农神节（*Saturnalia*）亦是如此，在那一天，人们可以暂时抛开常规约束而畅饮狂欢，尽享其乐，这通常被认为是圣诞节的最初形式。

而赫胥黎反对酒精在宗教中的地位的观点受到摩门教（*Mormon*）的支持，尤其是穆斯林教和很多最原始的清教教派，他们视酒为禁物。摩门教认为，1833 年，该教会创立，神对创立者约瑟夫·史密斯的种种告诫和启示，都写在无比神圣的摩门教教规中，其中有一项就是禁酒禁烟，甚至连茶和咖啡都不能喝。而更传统的教徒认为，可口可乐等含咖啡因的饮料都属于宗教违禁之物。

赫胥黎在他的作品《众妙之门》（*The Doors of Perception*）中还提出，基督教非常认可酶斯卡灵，而这种观点曾经不为人所关注。酶斯卡灵和很多其他致幻类毒品在多重文化背景下的宗教中都曾扮演过重要角色。西班牙殖民者入侵墨西哥时发现，当地阿兹特克人（*Aztecs*）吃一种叫佩奥特的仙人掌（*Peyote Cactus*），并认为这样可以和神进行沟通。从佩奥特仙人掌中可以提取致幻药佩奥特碱，酶斯卡灵就是佩奥特碱的一种衍生物。毫无疑问，佩奥特仙人掌是西班牙殖民者所见过的致幻作用最为强烈的一种植物，很快，殖民者就采取严厉措施禁止当地居民服食该植物。但这种植物在宗教中的应用依然得以流传，在随后的几百年中，很多美国人效仿并使其成为宗教仪式的一部分，其中包括科曼奇族（*Comanches*）、阿帕奇族（*Apaches*）以及基奥瓦族（*Kiowas*）在内。

墨西哥裔印度惠乔尔人（*Huichol*）也服食佩奥特，但这通常被认为是在惠乔尔成为西班牙殖民地之前就有的习惯，这些人每年都从

300 公里以外的家乡赶往马德雷山脉^①的沙漠地带朝圣，并在萨满^②的带领下集体采食佩奥特仙人掌。在这种朝圣仪式之前，教徒还要祷告和忏悔，并接受洗礼，整个过程都严格遵循神圣的教规程序，其中服食佩奥特仙人掌，被视为灵魂回归天堂。

采食致幻蘑菇也有悠久的历史，也可以让人体验精神解脱的宗教境界。3500 年前，雅利安人（Aryan）从印度河^③以北入侵该地区时，也带来了他们的“苏摩酒”^④。这些早期印度侵略者，视苏摩酒为圣物，在几乎所有的庄严仪式中都要饮用。印度教吠陀经书（*Rig-veda*）中有 1 000 多首圣歌，其中 120 首都与苏摩相关，而现在已经知道苏摩是一种红色的伞形剧毒蘑菇。墨西哥把“致幻蘑菇”^⑤视为圣物，阿兹特克人称之为“神的血肉”，并且只在最庄严神圣的宗教仪式中使用；对印度人来说，它们是“小巧的花朵”；而欧洲人则普遍认为这种伞状毒菌象征堕落和腐败；罗马天主教侵略者更是被这种毒菌用于宗教仪式的做法激怒，牧师和信徒纷纷压制这种菌类及其食用者，很快这种服食“致幻蘑菇”的教派便销声匿迹，直到四百年后，于 20 世纪 30 年代才再次出现。

① 译者注：Sierra Madre Mountains，环绕墨西哥高原的三条山脉的总称。

② 译者注：Shaman，萨满教巫师，即跳神之人。

③ 译者注：Indus Valley，巴基斯坦主要河流，也是巴基斯坦重要的农业灌溉水源。

④ 译者注：Soma，传说是一种永生之酒，印度神话中常以此祭神。这种苏摩酒通过吠陀流浪者传入印度北部，据说可以带领信徒进入神域，常用于祭祀仪式中，宗教学家和语言学家通常假设一种伞形毒蘑菇（毒蝇伞）是苏摩酒的主要构成部分。

⑤ 译者注：有毒性，具有迷幻作用，含有裸头草碱及羟基二甲色胺（Psilocin）这两种可以引发迷幻感觉的物质，常被滥用药物者当作迷幻药服用。

在我们的现实生活之外，还有另外一个世界，但我们却看不到它，它近在咫尺却远在天涯。神在那里生活，还有所有故去的人，很多精灵和神灵也在那里生活。那是一个怎样的世界啊？那里发生过所有人世间的事情，能洞察所有的秘密……所有这些都是这神圣的蘑菇告诉我的，它有问必答。让我先带着这些蘑菇到那个世界去畅游，回来再告诉大家那里的具体情境。

（马萨特克萨满，舒尔特斯与霍夫曼，1979）

其他文化的社会群体也用过类似的致幻毒品。比如一种提取自卡瓦胡椒根的卡瓦酒^①也能让人产生幻觉，性质跟喝酒差不多，在南海群岛南部地区广为盛行。萨摩亚群岛（Samoa）、汤加王国（Tonga）、澳大利亚斐济（Fiji）等地区的人经常在重要的社交或宗教场合喝这种酒，那里的人都相信，喝卡瓦酒是能和神灵沟通交流的一种方式。一项最新的调查研究描述了德国坦纳（Tanna）人和英国赫布里底群岛（New Hebrides）土著居民喝这种酒的情况：喝了卡瓦酒，人就会静下心来思考问题，“就如同进入轻松愉快的梦境”或者“人的思想和灵魂脱离躯体，就像照镜子，能清楚地看到自己的身体”。其他方面，基督教传教士认为，人们饮用这种邪恶的东西严重违背上帝的意旨，并试图通过制定法律予以阻止。然而他们失败了，因为这种法律不可能制定出来并付诸实践，岛上喝卡瓦酒之风依旧盛行。

① 译者注：Kava，在南大洋斐济岛国，土著人视卡瓦根为圣物，其具有天然活性物质，能够作用于大脑情感中枢，发挥其生理效应，放松身心。饮用卡瓦酒能减轻压力，缓解焦虑，纠正抑郁，促进睡眠。

大麻也曾被用于宗教。人们认为，印度教万神殿（Hindu）里的许多神灵都喝过酒或是吸食过麻醉剂。印度大麻是一种由大麻制成的饮料，常在该教七日服丧仪式（Shiva）中饮用。然而，牙买加（Jamaica）的埃塞俄比亚犹太人哥普特教会（Ethiopian Zion Coptic Church，简称EZCC）也使用了很多大麻。对教会成员来说，大麻是宗教仪式不可或缺的重要组成部分，吸食大麻能让人们对自己的思想认识得更为深刻，帮助人们找到灵魂中真正的爱，找到归属感和正义感。哥普特教徒（Coptics）对圣经《利未记》（*Leviticus*）深信不疑，认为大麻烟就是耶稣的血肉，而不是什么毒品或药品。哥普特教禁止同性恋、口交、自慰、通奸、暴力以及剪发等行为；还认为喝酒能引发犯罪，有违教规，是为禁忌；对吸毒更是明令禁止。然而，吸大麻却被他们看作是庄严神圣的宗教活动。尽管该教自称其前身是埃塞俄比亚哥普特教会（Ethiopian Coptic Church），但普遍观点认为二者的发展分叉并轡。根据目前的形式，埃塞俄比亚犹太人哥普特教会可能起源于20世纪20至30年代，传教士马库斯·加维（Marcus Garvey）在牙买加地区布道，使得埃塞俄比亚的犹太人大批涌入牙买加，其中最著名的一次大规模宗教聚会就是犹太拉斯特法里人（Rastafarians）聚会。

毒品与宗教之间的联系已扩展到西方社会，如果将此视为某种奇特的人类学现象，就非常值得我们认真研究了。20世纪60年代，越来越多的人吸食摇头丸或其他致幻类毒品，很多人对此产生强烈反应，就如同早在几十年前（1942）威廉·詹姆斯所描述的那样：

我们正常的清醒意识状态无非只是某一种意识状态而已，
除此之外，还有多种形式的意识状态与此截然相反。对于所

经历的生活历程，我们可能从不怀疑它的存在，但是如果服用某种特殊的刺激性药物，一瞬之间，那些生活经历全部都会呈现在你面前。

服食酶斯卡灵后，赫胥黎也得出了同样的结论。大脑就像一个信息过滤阀，为防止信息在瞬间涌入过多，大脑将它们一一梳理和过滤，使其能够有条不紊地发挥最大效率，而致幻剂会将这个过滤阀移走。

20 世纪 60 年代出现的嬉皮士（Hippie）非主流文化现象，将服食摇头丸视为某种圣事。然而嬉皮士从来没有一个统一的组织，他们中有瘾君子、精神病人、社会边缘人、流浪者以及其他嗜好奇装异服或爵士乐的人。在这些看似疯狂的表面之下，摇头丸是嬉皮士文化的一个重心，嬉皮士们借此来寻求某些宗教、精神或智慧方面的价值。他们刻意拒绝主流精神和宗教，并将其蔑称为“脆弱的虚幻世界”。嬉皮士的精神领袖蒂莫西·利里（Timothy Leary），曾是哈佛大学的一名心理学教授，于 1963 年被学校免职。他描述嬉皮士同主流社会的碰撞，其中蛊惑一代人的名句是“Turn on, tune in, drop out”（审视内心，关注社会，退出世俗）。利里的主张是嬉皮运动和随之而来的新公社主义（New Communalism）的灵感来源之一。利里本人就曾对致幻剂进行研究，个人也有吸食经历，这都让他对致幻剂的宗教价值深信不疑。尽管他觉得这种毒品不能直接让人达到宗教的理想状态，但的确有助于体验那种快乐境界。在他的实验研究中，至少有 75% 的实验对象都表示吸毒后有非常强烈的宗教快乐体验，半数以上的人表示体会到了生活最深处的精神实质。利里坚持认为，当前的科技社会压制了人类超越肉体的精神快乐，宗教便沦为这样一种场景：“每周

日早晨，一群人赶往某个租来的房间，盯着彼此的脖子看，找寻某种让人愉悦的宗教体验。”相比之下，致幻剂或迷幻药能让人更快、更直接地体验到那种宗教狂喜的感觉。他预言，摇头丸之类的迷幻药将来会和器乐音乐一样，成为人类寻求宗教精神惯用的辅助之物。为此，利里建立了两个组织，精神自由研究中心和精神发现联盟组织，但均以失败告终。

吃迷幻药通常被认为是一种放纵的行为，由此带来的幻觉可能很危险。这种药一般不能随便乱吃，戈登·沃森（Gordon Wasson）对致幻蘑菇的宗教用途进行过全面的调查，并且他本人也亲自尝试过这种毒蘑菇：

我经常问自己为什么不能每天晚上都吃，但是那种狂喜的感觉并不好。我们把日常生活中的事情分为好事和坏事，快乐的事和痛苦的事。还有第三类，那就是狂喜。对大多数人来说，它遥不可及，从未被体验。而这种致幻蘑菇就能让我们体验到这种感觉，你会感觉自己的灵魂不能自控，处于一种完全超脱的癫狂状态，直到痛感产生，直到你惧怕永远都不能恢复正常状态，这种体验才算结束。

所有服食致幻剂的体验经历的共同之处就是对所有事物的同一感，认为所有矛盾都将解决，所有对立都将融合。这些感觉超理性，无法解释或描述，通常转瞬即逝。可见，致幻剂具有神奇的力量。

但这种感觉分明有人在诉说啊……可又无法用言语描述。

科学家往往用特定的术语来表述诸如致幻剂或幻觉之类的事情，他们知道火箭发射的科学原理……但这些人往往也服用致幻剂……关键就在于体验……这种不可名状的感受。

有人穷尽毕生精力探求理想的精神超脱状态，如果任何一个常人吞服一粒药片就能达到那种状态的话，岂不是太具讽刺意味了？毫无疑问，很多人还是不认同毒品的这种效应。不管摇头丸是否能达到这种效果，嬉皮士都坚信他们是靠吸毒达到自己期望的境界的。即便不能洞察所有事物的深层本质，至少也超越了其肤浅的表象和意识。

对嬉皮士而言，主观体验和即时环境至关重要。科学技术的确是人类进步的阶梯，但还远远达不到他们理想的精神境界要求，而音乐却不需要过多的理性分析和理解，它的即时效应恰好迎合了这方面的需求，于是便成为嬉皮士生活中的重要部分。蒂莫西·利里这样写道：“三类人改变了我们的时代，他们是吸毒者、爵士音乐人和非主流艺术家及作家。”嬉皮士拒绝任何出于商业目的、包装精美的音乐产品，比如弗兰克·扎帕^①和他的“发明之母”乐队（The Mothers of Invention）、吉米·亨德里克斯经验（The Jimi Hendri Experience）、平克·弗洛伊德（Pink Floyd）、西海岸酸性摇滚乐队（The West Coast Acid-Rock Bands）、感恩而死（Grateful Dead）、爱乐队（Love）、杰弗逊飞机（Jefferson Airplane）、大门乐队（The Doors）以及乡巴佬和鱼（Country Joe and the Fish）等乐队组合。这些乐队的演出往往炫彩夺目，利用高科技多媒体技术模拟或夸大超现实的梦幻境界。

^① 译者注：Frank Zappa，1940年出生于巴尔的摩，是美国60年代摇滚乐发展史上的先锋人物之一。

嬉皮士还出版自己的报纸杂志，刊载其独特的文学作品。德国作家赫尔曼·黑塞（Hermann Hesse, 1877—1962）1932年的短篇小说《东方之旅》（*Journal to the East*）和1927年的《荒原狼》（*Steppenwolf*）都在他们中间广为传阅。其他类似的文学作品也很流行，这不得不让人联想到这些作家都曾吸食过致幻剂类的毒品。在当前思想受到各方面钳制的文化氛围内，这些文学作品就告诉嬉皮士，还有很多人和他们一样，和他们有着共同的思想探求。

威廉·布莱克（William Blake）是英国18世纪著名的诗人和画家，具有典型的英国传统精神。他憎恶狭隘的科技利益和纯理性思维，其作品往往痛斥现实，质疑权威，挑战传统道德，颂扬博爱精神，嬉皮士被他这些深刻的思想和精神理念所折服。布莱克的语言成为嬉皮士的革命口号，比如“优柔寡断是丑陋的富家女仆无能的作为”，“创新是通往智慧宫殿的必经之路”，等等。

瑞典精神病医生尼尔斯·贝耶洛特博士（Nils Bejerot）曾经认为，嬉皮士文化是对现实社会道德的另类解读，然而事实证明，他误解了嬉皮士，他的观点完全不正确。在作品《瘾君子》（*Addiction*）中，他这样写道：“早在1968年，我亲眼目睹吸大麻能改变年轻人的生活态度和生活方式，对此我无比震撼。”他在新德里看到大批欧洲和美国青年吸食大麻，因此震惊，“他们留长发，蓄胡须，穿奇装异服，脖子上挂着铃铛，还有人兜里揣着《西藏生死书》（*Tibetan Book of the Dead*）^①。”更糟糕的是，他们对工业技术下的现代社会感到困惑

① 对很多嬉皮士而言，这本书在精神引导方面发挥着重要作用，最深刻的体现就是，披头士乐队在音乐创作中大量引用该书内容，比如其唱片《左轮手枪》（*Revolver*）中唱道：“停止思考，放松神经，任思绪漫游吧。这不是垂死，真的不是垂死。”

不已，很多人都梦想做原始的佛教僧侣。他们不愿解释生活上这些出格的穿着和行为，贝耶洛特就此断定，他们之所以如此堕落都是吸毒造成的。由此，他还得出了更为深刻的结论：很多东方国家之所以落后，也都是因为吸毒。令人不解的是，印度人发明了可口可乐，可口可乐顿时成为西方人最爱的饮品，而嬉皮士却对此不屑一顾，甚至拒绝可口可乐。于是，嬉皮士在其他人心目中，就如同爱占便宜的女人在服装折扣店里疯狂采购那样让人感到不可理喻。

嬉皮士对超自然的意识状态极度痴迷，这给我们留下了宝贵的精神启示。这种精神启示直接影响了 20 世纪 70 年代，一个宗教或准宗教盛行的工业社会年代，其巨大的精神推动力直到 90 年代才逐渐淡化。超越现实的思维束缚，追求精神的完全自由，也是克里希那穆提基金会（Krishnamurti Foundation）、佛教和瑜伽精神的本质体现。有人通过魔术或飞碟来满足这种精神追求，而在严谨刻板的基督教价值领域，毒品或其他影响人精神状态的药物都被视为禁忌。尽管如此，纯粹作为一种象征，酒精之类的精神麻醉类毒品依然占据重要位置。

有个奇怪的现象：犹太教的饮酒人数大于其他宗教文化的饮酒人数（犹太教喝酒人数的比例是 87%，罗马天主教是 79%，清教是 59%）。尽管如此，犹太教的饮酒问题却最少，不仅仅是在聚众酗酒方面，还有其他诸如饮酒所带来的酒精依赖、肝病、酒精中毒等医学问题方面。经允许，一项针对纽约州立医院所进行的研究表明，每 10 万病人中，酒精精神障碍患者的比例分别是：爱尔兰 25.6 人，斯堪的纳维亚 7.8 人，意大利 4.8 人，英国 4.3 人，犹太 0.5 人。类似调查进行过多次，所得结果也大致相同，都说明犹太人尽管饮酒现象最普遍，但饮酒带来的问题却最少。酒精中毒对以色列人来说完全是个陌生的

概念，传统思维认为，饮酒人数上升，饮酒所引发的一系列急性或慢性病也会随之升高，而事实却恰恰相反。犹太人的喝酒现象如此反常有趣，我们称之为“犹太人神奇的饮酒现象”（The Great Jewish Drink Mystery）。

纵观犹太人的社会背景，我们就不难理解这种神奇现象了。犹太人生存环境复杂，所受社会限制和规约也多，所以他们喝酒很有节制；犹太教规详细规定了喝酒的时间、地点以及饮用量，但偶尔也会打破戒律纵情畅饮。一般情况下，除了在普林节^①，传统的犹太教徒强烈反对醉酒，认为那是非常丢面子的事情；犹太人自少儿时代起就受长辈教育的熏陶，养成了适量饮酒的好习惯，长大后基本不会失控而喝醉。其他因素还包括，传统观念认为喝酒导致疾病不是犹太人的做法，尤其不符合正统犹太教徒的生活方式。

虽说以上都是犹太人饮酒疾病低发的因素，但即使是一名正统的犹太教徒，也不能保证他绝对不会患上某种酒精疾病。在犹太人看来，酗酒是很耻辱的事情，所以很多酗酒者不愿承认自己酗酒的事实，即便有酒精中毒等病症也不愿就医；如果说仅靠禁戒嗜酒就不会出什么问题，那么很多犹太人严格奉守戒律，即便想喝酒也面临着太多的禁忌，因此就不会自找麻烦而酗酒了；摩门教徒喝酒会被视为该教的异类，醉酒更是冒天下之大不韪。从某种界定来讲，社会饮酒现象被排除在外，人们在心理上都认为饮酒只是个人习惯或性格问题，而与社会环境无关，但这也并非是说，如果一个人在严格控制饮酒的家教传统下成长，离开家庭束缚后，一旦开始喝酒就会无节制，而是说这种

① 译者注：Purim，犹太教重要的喜庆节日，是为庆祝在波斯王朝时代犹太人成功反击针对他们的一次大屠杀而设立的，被称为以色列的狂欢节。

人酗酒的比例会相对较高。

社会环境中缺少特定的饮酒限制，而犹太人这种传统的宗教禁忌和道德约束恰恰弥补了这些，对饮酒行为的社会影响起了积极的作用。美洲原著居民历来都严格控制服食佩奥特，然而他们还是未能抵挡住酒的诱惑。酒本来是白人殖民者的“专属药物”，土著居民拒绝或被拒绝完全融入白人殖民者社会，迟迟不能接受白人文化中对饮酒限量的规定。于是他们不管不顾，经常喝得酩酊大醉，由此，酗酒问题始终高发不下，诸如由酒精中毒引起的肝硬化及死亡、酒精依赖、醉酒胎儿^①等临床医学疾病，还有由酗酒引发的车祸、暴力等现象。在纳瓦霍^②，由酗酒导致的疾病死亡率大约是美国其他地区的6倍，当地相关政府部门已经采取严厉措施禁酒，可这些禁酒措施过于僵化，形同虚设：规定在纳瓦霍领域内买卖或储藏酒属违法行为，而家庭酿酒现象却非常普遍，嗜酒者经常饮用一种名为“雷鸟”（Thunderbird Wine）的自酿烈性酒。

美洲原著居民经常酗酒，给人留下了滥用酒精的负面印象，并且落下“沉醉的印第安人”的绰号。但这未免过于片面，其实他们饮酒也受社会和文化等方面的限制。在纳瓦霍人文化里，传统的道德价值观提倡人要在自然、社会和超自然状态下和谐生活，重视亲情关系，强调责任义务，崇尚美好快乐的生活方式，追求健康长寿，强烈反对醉酒以及各种过激行为。为此，多数纳瓦霍人都不喝酒，而且很多酗酒者随着年龄的增长也慢慢戒酒。统计数字表明，从城区到农村，

① 译者注：指母体怀孕期间酗酒所造成的严重影响胎儿身心发育的一系列急慢性综合征。

② 译者注：Navajo，美国最大的印第安部落。

55% 的纳瓦霍嗜酒者中，有 26% 的人能成功戒酒。

因纽特人^①最初接触酒精时也面临同样的饮酒问题。他们的历史中没有酒文化，缺少相关饮酒规约，很容易酗酒。有观点认为，在 1788 年第一批不列颠殖民者到来之前，澳大利亚土著居民没有自己的专属毒品，但也有资料表明，他们使用本土植物发酵制作酒精饮料或其他改变意识状态的药品，所以也一直存在酒精或其他毒品的滥用问题。随着欧洲人的到来，酒也随之进入澳洲。当地人偶尔会看到欧洲牛仔醉酒后言行失控等现象，开始跟他们学酗酒。由于经常在公共场所失态，造成的社会影响非常恶劣，1838 年，新南威尔士（New South Wales）政府颁布法令禁止酗酒，直到 20 世纪 60 年代中期，这项禁酒法令才被废除。

澳洲土著居民一般使用合法药物，除酒精外，还有止痛片、卡瓦酒和有机溶剂（尤其是汽油）等，对他们来说，这些东西都能轻易购得，且价格低廉。但鼻吸汽油非常危险，短期内，含铅汽油不仅会造成食欲不振、恶心呕吐、言行失控、颤抖、暴躁易怒以及记忆模糊等，还会极大地伤害人的骨骼系统，大剂量或长时间吸入就会严重损伤大脑神经系统，西方国家鼻吸汽油的人群往往是青少年男学生。

大约在 1982 年，卡瓦酒传到澳洲，立刻受到北部地区土著人的欢迎。它能使人精神放松，还有催眠作用，不会引发暴力行为，于是酗酒现象经常出现。饮酒者通常身体健康状况差，容易患皮肤病，20% 的人体重偏低，大量饮用还会引发肝脏疾病。由于在斐济及澳洲其他地区没有卡瓦酒文化相关方面的规范制约，造成当地居民经常酗酒。

在西方国家，违禁药物使用者也面临同样的问题，经常有报道说

① 译者注：Inuit，或称爱斯基摩人，即 Eskimos。

有人因此而丧命，这已经是见怪不怪的事情了。关键是缺乏统一的社会规范对某些违禁药物实行有效监管，也没有对该类药品的安全服用方式以及服用剂量的指导说明，服药者往往都是自行决定，并且根据个人对待药品的态度来控制用药剂量，鲜有研究调查他们是否滥用某些药物。但有一项对 100 多名吸毒者控制毒品用量的调查显示，他们最显著的特点就是，吸毒方式受社会习俗的影响。尽管有人会在独处时吸毒，80% 以上的人都和他人共同服食，并且基本都不愿和瘾君子交往。比如有一定自控能力的海洛因吸食者通常都避免与海洛因依赖者接触，并拒绝他们主动提供的海洛因注射剂。同样，有自控力的饮酒者也严格遵循饮酒规定，比如只在吃饭时间或聚会时喝酒，或只在周末喝酒，工作时间或独处时从不喝酒，等等。相比于那些喝酒没有任何禁忌、想喝就喝的人来讲，这些人一般不会患上酒精中毒之类的疾病。其中一名接受调查的人说，他并不觉得必须刻意吸食海洛因，然而一旦这种不自觉行为成为一种习惯性行为，那就要格外警惕了，要看自己是否已经对海洛因上瘾。

另一方面，并不是所有的社会习俗都会制约个人吸毒行为，有些甚至会鼓励个人吸食毒品。吸毒行为主要靠吸毒者自我控制，但也受毒品影响。从某种程度上来说，在俱乐部等娱乐场所吸毒已经成为一种常态。有调查显示，高达 80% 的这类场所都使用毒品，俱乐部俨然已成为吸毒的代名词。很多同性恋群体经常服食摇头丸、甲基安非他明以及“催情剂”（Popper）之类的毒品。一说到同性恋俱乐部，就会让人联想到不安全的性行为。如果认为毒品引发危险的性行为，这种论断未免过于草率。然而事实却是，俱乐部组织者目的明确，就是为了制造不受任何社会规约束缚的氛围，让人纵情欢畅，疯狂享乐。

社会道德规范也不一定能保证人免受毒品侵袭，有的甚至诱导人吸毒。1957年，让·谷克多^①在描述自己吸食鸦片时，写道：“借着朦胧的灯光，温暖的火炉，那优雅庄重的烟管简直让人陶醉！它能安抚人心，让你享受奢侈的快乐！”

即便注射海洛因是件不光彩的事情，对其过程的描写也如圣事典礼般庄重，毫不马虎：

不是随便打几针就草草了事的，整个注射过程是一项神圣的仪式。你看那勺子里雪白的药末，小巧的棉花球，精致的小棉棒……清澈的药液泛着活泼的小泡泡，欢快地透过棉纱流入针管。胳膊上绕一条漂亮的丝带，为的是把血管凸显出来，注射动作轻柔优雅，针尖慢慢融入血管，针管中的液体有节奏地忽上忽下……就这么简单，就这么不平凡，向药品所带来的终极精神享受顶礼膜拜！

（特罗基，1960）

注射过程本身所隐含的某种神圣的象征意义对毒品使用者产生了巨大影响，使得他们往往共用注射器具，并没有人强迫他们这么做，也不是缺少针头或针管，而只是为了享受他们共同的追求，从而获得一种归属感。在艾滋病高发的现代社会，西方好莱坞影片中描述瘾君子们如同“血缘亲兄弟”，这在我们看来有些不可思议，但它的确源于现实生活中真实的例子。共用注射器具非常危险，因此，我们希望这个发现有助于注射吸毒者了解这一危险，并尽量避免，但吸毒并非只

① 译者注：Jean Cocteau, 1889—1963, 法国著名导演。

考虑健康因素。

任何社会都不是完全统一的独立个体，它们拥有多种多样的群体，每个群体都有自己的目标方向和价值取舍。多数喝酒、喝咖啡或抽烟的人都不会违背传统的社会价值观而滥用这种精神麻醉药品；安定片^①、百忧解、止疼药等合法的处方药，在医生指导下也可以服用。但如果纯粹沉湎于化学药剂所带来的精神刺激，并由此形成药物依赖，就会被视为社会边缘人物，其言行举止也会被嗤为怪异、失控或不正常。但其实很多违禁药物服用者并非生活在社会边缘地带（或许他们当中真有人住在地下室），事实是，他们确生活在另类的社会环境中，各方面都与传统的主流价值格格不入。“另类”的说法是否比其他观点更贴切，各位读者在这方面完全可以有自己的见解。“另类社会”用语的表述来自 20 世纪 60 年代嬉皮士拒绝主流社会价值观的文化现象，即便是看似最无秩序的街头吸毒群体，也有他们所共同尊奉的一套另类社会价值体系。很多违禁药物使用者把自己的行为看作是挑战的勇气，而不是脆弱或失败，这也是他们价值体系中必不可少的一部分，而不是与日常生活完全隔离，这点值得我们认真思考。

对多数街头吸毒瘾君子而言，这些价值观来自所谓的“街头文化”，尽管这种界定不准确，但至少反映了正常人的世界观以及得到普遍认可的言行举止。“街头”是一个粗俗的竞争生存环境，只有完全掌控这个环境才能生存下去，只有隐藏真实情感才能获得生存优势，其最显著的特点之一就是街头暗语，比如他们不说“针头”或“针管”，而说“钉子”或“手枪”，不说“海洛因”和“安非他明”，而说“白面儿”（Smack）和“兴奋剂”（Speed）。拥有自己独特的一套语言体系，

^① 译者注：Valium，又译“地西洋”或“迪艾泽潘”，重氮异胺，一种镇静剂。

与主流社会区分开，是很多弱势群体的鲜明特点之一，然而街头群体不仅有自己的语言体系，还有其独特的道德标准。

特罗基（Trocchi）的小说《该隐的书》（*Cain's Book*）中说，该隐妻子的一位朋友给该隐钱，让该隐为自己买些大麻回来，该隐拿着钱走了，没买大麻也没回来。这在瘾君子看来，明显是说错了话，如果朋友不知怎样做才能避免他再犯同样的错误，就该揍他一顿。可是朋友却不乐意了，以为该隐偷钱，便威胁他说喊警察。该隐对此不解，感到恐慌，同妻子辩解自己没有偷钱：

“我把他揍了，他又把钱给我了。”

妻子说：“你就是偷钱了，你得承认自己偷钱了。”

“没偷就是没偷，我打那个蠢货了，你还不明白吗？”

该隐继续解释说，如果那个朋友带着手枪或刀子出现在自己面前，他就会把钱还给他，但是喊警察对他们这类人可不管用。街头文化的主要目的就是让瘾君子的生活感觉有价值，这些人在本质上和我们没什么区别，就是极力为自己创造一个适宜的生存环境，一个能体现个人身份和价值的社会环境。但可悲的是，毒品以及街头文化都没能帮他们实现这个梦想。

第四章 毒品的心理效应

对健康和快乐的追求

阿道夫·赫胥黎在其作品《美丽新世界》(*Brave New World*) 中,描写了这样一种完美药品苏摩,它能让人忘掉不愉快的事情:2000 名药理学家和生物学家经过 6 年的集中研究,终于研制出一种精神麻醉药物。这种药能让人感到快乐,还能产生幻觉;它拥有“所有宗教和酒精所能带来的精神愉悦体验,却没有任何毒副作用”。它拥有所有社会功能,和宗教的神圣仪式一样,大家围坐在一起,从一个公用杯子里啜饮品味这种神奇的药片;这是对人们辛苦劳作一天后的慰劳和奖赏——一天饮用 4 片,周六可以喝 6 片;该药物最终的目的是让所有人都感到快乐,即便生活充满苦难,也要让他们忘记所有不愉快。

相比书中的完美毒品,我们生活中的常见毒品,总会有各种各样的副作用,或是社会禁忌。很多人分不清自己是在服药还是在吸毒,他们被警告某类药物是毒品,然而却发现周围大部分人都经常服用那种药;他们试图为自己辩解,他们不是在吸毒,而只是在吃药,并且香烟、咖啡和酒根本就不是什么药;某些毒品本身没什么毒副作用,

然而其危险性常被夸大；还有一些毒品应用范围很广，为了使其正常服用合法化，我们需要探究它的医疗效果。

近年来，健康被提到了前所未有的重要位置上，这是社会进步的显著特点之一。然而，也有某些医疗机构违背社会道德，假借健康和养生之名，刻意剥夺人的选择权和隐私权，好坏之分被“有益健康”和“有害健康”所替代。凡是被医疗权威机构认定为“有益健康”的就是好的，就是合法的，就应当被鼓励，比如水中应含氟化物，应该定期锻炼身体，开车要系安全带，等等；凡是被医疗权威机构认定为“有害健康”的就不好，比如吸烟、暴饮暴食、酗酒或长时间处于工作压力之下等，这些行为都不能提倡，必要时要加以制止。医学临床药物的药效已经脱离了其治疗疾病的原始意义，反而越来越具有社会价值了，如果连最普通的医疗用药也试图控制我们的社会事务，那我们的社会还真是很危险了呢。

传统观念表面上认为毒品最初的目的也在于医疗，也是为治愈或缓解病痛。1963 到 1978 年间，英格兰和威尔士的医生的处方中所谓毒品的剂量呈逐年上升趋势，从两万多剂增长到三万多剂。而在这段时间全民健康并未出现明显下降现象，这种医学处方趋向反映了医生对毒品医疗价值的认可，也说明普通大众已逐渐接受毒品在临床上的应用。一些健康调查显示，多达九成的人患有这样或那样的病症，而没有及时看病就医。绝对健康基本不存在，决定一个人是否愿意去看医生的关键因素在于他对自己身心状态的认识。我们对健康越来越重视，总在追求理想的身体状态，医学科技也在捕风捉影，毫不留情地扩大疾病范围，健康这一概念开始变得模糊。

尤其是在心理疾病方面，很多心理医生所谓的“心理疾病”实际

上根本就不是病，这些像是某种疾病的表征多是由一个人的成长环境、性格以及社会环境相互影响而形成的。

但如果说没有人绝对健康，那是否就意味着去看医生的人几乎都没有什么健康问题？这岂不是一件让人担忧的事情？多数到门诊就医的病人都不是出于治病目的，他们可能是因为孤独、焦虑或抑郁，而这些都是因为没有达到生活的期望目标。由生存环境带来的社会问题，或许是某位亲人去世，或许是面临新的挑战，都会让他们感到痛苦孤独。于是他们跑去看心理医生，而医生也通常给他们开一些精神兴奋剂之类的药物。这些门诊现象似乎说明，生活问题也可以通过医学手段解决，或者至少可以“治疗”，但真是这样吗？非也！如果是真的，那么医学可以界定的疾病种类将是无穷多。

科学家总是过于乐观，不断向普通大众灌输这样的理念：所有难题都可以通过科学技术来解决。在医学领域，更有观点说人类可以避免所有疾病。无数电视节目都支持这一观点，大肆宣传高科技医疗可以治愈所有疾病。而医生、科学家和老百姓也都体验过心脏、肝脏和肾脏等人体器官移植手术，这些神奇的高科技医学手段更让他们坚信没有科学治不了的病。

于是，只要出现疼痛，不管是身体的还是精神的，我们都会毫不犹豫地跑去医院看医生。后来，人们读剧本、看小说或阅读其他社科人文类作品，开始有所感悟和体会，逐渐对这些疼痛与苦恼有了一个比较清晰的认识和理解。然而，医学却总是将这些社会问题——对号入座，归结为各种身体紊乱现象，并且都能用医疗器械治疗，却忽视了这些问题的深层本质，使得我们越来越不能把握自己的情感，情感也越来越脆弱。医学将每个人都看作实验对象，并承诺能治疗所有病

痛，却不能为我们创造和谐的社会环境。

我们每天都和各种化学物质打交道，似乎对毒品的任何新奇药效都深信不疑，尤其是近些年，格外热衷于毒品的抗抑郁效果，但很快又发现很多毒副作用而又将其列为禁药。比如百忧解，1988 年应用于临床即收到良好疗效，于是销量猛增，据说，它能够增加血液中一种叫做 5-羟色胺（Serotonin）的复合氨基酸的含量，其效果是传统抗抑郁药物的近 3 倍。

和其他毒品一样，百忧解在临床医学中的运用由盛入衰。开始时被视为医学新发现，认为能为人类生活带来全新转机，不仅能抗抑郁，还能让人感到快乐幸福。新闻媒体更是夸大其词地争相报道，使百忧解火爆异常。尤其在美国，因为它能降低人的食欲，具有减肥作用，成为一种非常流行的精神美容良药。

很快，相关负面报道开始出现。服用百忧解会引发诸如头痛紧张、失眠出汗、皮肤红疹以及眩晕等症状，甚至能引起腹泻、性功能减退等；更为严重的是，服用百忧解与自杀率上升、暴力及过激行为增多都有密切关系。一项专门针对少年儿童抑郁症治疗的调查显示：服用百忧解或其他类似抗抑郁药的儿童出现自杀心理和行为的几率是服用安慰剂儿童的两倍，这无疑证明了百忧解会增加儿童自杀现象。现在媒体又夸大其在临床医学中的应用，报道时过分强调其负面作用。于是，人们逐渐理性对待百忧解，意识到它不是万灵丹，既有抗抑郁的正面积极效果，又同其他毒品一样，不可避免地会产生一些毒副作用。

摆在我们面前的难题就是，我们到底在多大程度上愿意接受使用这种抗抑郁药？此外，关于毒品的另一个争议就是，它能从医学角度提高人的记忆力，改善心情，使人注意力更集中。百忧解就能在没有

抑郁症状的情况下改善人的心情，并且经常被用于此。利他林是一种神经中枢药物，不仅常用于治疗儿童多动症，而且正常儿童也可以服用，用以改善其注意力和提高学习成绩。现在精神控制类药品、功能性食品以及膳食补充剂铺天盖地，风靡一时，我们对此无所适从，甚至有些怀疑对“提高”和“改善”的界定。但无论如何，人们对“提高记忆力”之类东西的需求越来越大，留心这些药品，说不定很快你就会用上呢！

临床处方

特里索恩教授用近乎抒情的语调说：“控制人类对精神药物的探求是一个永恒的话题。”在英国，几乎半数以上的处方药品都是能影响人体中枢神经系统的精神兴奋剂，这些药物中大部分是安眠药，这说明很多人晚上都要借助安眠药才能入睡。当然，这看起来并不是纯粹出于治疗某种疾病的需求，这就是或者应该是让我们担心的地方。如果这类药物大剂量用于非医疗目的处方，被用于个人情感或社会问题的辅助治疗方面，就可能形成这样一种恶性循环：患者因受生活问题困扰而焦虑不安，便去医院看医生；医生便给他开镇定片类药物；患者拿到处方就感觉自己真的是生病了，并且相信医生能治自己这种病；患者服药后，精神暂时被麻醉，便误以为病症得到缓解，然而，真正的问题却始终没有解决；吃完药片后，最初的焦虑症状开始复发，患者又跑去医院找医生继续开药。

开药前，高明的医生都会扪心自问：患者如果不吃药是否也能好起来？如果必须用药，期望达到什么疗效？所开药物是否有助于实现

期望疗效？服药会产生什么副作用？疗效可能性是否大于对病人身心造成的伤害？然而在实际行医过程中，医生没能回答以上五个问题，并且还倾其所能对患者采取多余治疗措施。

在很多国家，尤其是美国，医生诊断后就开处方药是越来越普遍的现象，并且所开药物多为抗抑郁的兴奋剂。出发点是为治病，可是这种滥开处方药的做法极其危险，数千人因此而遭受身心伤害。在美国某家大医院所做的一项调查显示，平均每 20 个病人中就有 1 人有药物中毒反应。所有神经中枢抑制类药物都会产生毒副作用，服用不当毒副作用就会更严重，所以是药就有三分毒。然而，尽管很多兴奋剂药物只用成人做过临床试验，甚至有些是儿童禁药，这类药物还是越来越多地被用作儿童处方药物。

人们很容易把这种过度处方现象要么归咎于医生，要么归咎于病人自己，这种观点是错误的。毫无疑问，面对患者的各种病症，医生在开药时也会深感压力：一方面，很多病人在看医生时要求医生必须开点药，否则就不离开医院或门诊；另一方面，面对有些病人身心失调之类的疑难杂症，医生就急于开药，希望能很快见效。问题主要在于，很多执业医师经验不足，对诸多心理健康问题不甚了解；他们不能或不愿提供精神辅助治疗手段；通常情况下，他们不能密切监督病人正确服药，也就不能避免药物不起作用或产生毒副作用。

研究表明，八成医生都认为毒品能帮助病人应对社会问题和日常压力。比如家庭婚姻问题，几乎所有接受调查的医生都认同镇定片能有效让人克制不良情绪，是婚姻生活的润滑剂；过半医生赞同镇定片能有效缓解大学生的紧张焦虑情绪，是合法的学生处方用药。在一则广告中，一名大一新生入学后发现，骤然改变的环境迫使她对自己重

新定位，新知识的积累让她既有的价值观和世界观都发生了变化，为此她经常感到抑郁和不安，利眠宁就能有效缓解这种抑郁情绪。很多家庭主妇整日为家务所累，没时间享受期待已久的假期，镇定片在这方面被广为宣传，很多人认为它能有效缓解家庭主妇的不良情绪，甚至对父母与子女紧张的关系也有所帮助。不管看病时具体情况怎样，大约 3/4 的病人都会拿着医生开的处方离开医院或诊所。

尽管处方药在临床医学中占据重要位置，我们仍不能正确理解它的很多不同功效。社会和心理因素与药物的临床医学价值在处方开药中的影响力越来越趋于一致。很多临床病症并非是医疗手段能治疗的，当患者对医生说一定要弄清是什么病、一定要开管用的药时，医生好像不能找到所有病人发病的根源。

认为开兴奋剂类处方药是确诊了某种疾病的结果，那就错了，其实这类药往往是医生对某些致病因素拿不准时才开具的。正如此类药品广告所宣传的那样，该药对“双重性格”的人，对“一系列异常行为”均有疗效。

传统观念认为，医生只有在对患者的病症确诊之后才会开具相关治疗药物。然而事实却经常相反，医生往往根据药物的治疗范围来确诊某些疾病：“这种情况应该用安定片，他肯定有些焦虑不安。”如果不开点什么药，很多“难缠”的病人可能会不断来看病问诊，而且会对医生的做法表现出明显的不满，抱怨不止。一旦发生这种事情，医生最常用的手段就是开神经中枢类药物，而且往往都是镇定片。当然，也有病人认真听取医生的建议，理性对待自己的病情。

除了临床医疗功能之外，社会学家还发现了处方药的其他功能，且多达 27 种：反映医生的治病能力；判断病人是真病还是假病；体现

医生的关注点；作为病人请假的借口。最后一个功能，主要从医生的角度出发，反映了医生对自己诊断结果的满意程度。

现在医生可能越来越意识到这类处方药的潜在危害，但很奇怪，每 3 名医生中就有 2 名医生认为其他医生过度开镇定片处方，而自己没有那样做。生产这些药品的厂家一度宣称镇定片可用于治疗所有紧张焦虑症状，且不会让人上瘾，但现在也相对降低了药品宣传度及其疗效的夸大，毕竟这些药不是绝对安全的，每年医学临床都显示其有大约 6% 的毒副反应率。

安定药女皇

现在所有用到的神经中枢抑制药物中，应用最广泛的就是不起眼的镇定片。这类药属于苯（并）二氮类（Benzodiazepines）安定药化学衍生物家族，包括安定片、利眠宁、安定乐（Ativan）和硝基安定（Mogadon），它们在处方药中的数量之大、应用范围之广，甚至没病也开这类药，实在太惊人了！但苯（并）二氮类安定药属于合成药物，马铃薯和小麦等几种植物中也能提取苯（并）类和其他苯（并）二氮类安定药化学衍生物。利眠宁是最早的一类合成药物，它于 1955 年首次被合成，1960 年首次在美国获准投放市场。1963 年，安定片首次销售。这类药品很受欢迎，利润可观，促使制药厂家的生产量越来越大。自从利眠宁首次应用以来，很多同类药品相继问世，而药效也都大同小异。

美国是最大的化学药品消费国。1977 年，这个国际事务主导国的药品消费量占世界总量的 1/5，折合 78 亿美元。自 20 世纪 50 年代以来，

美国处方药量翻了一番。这种情况并非仅限于美国，整个西方世界国家都是如此。在所有处方药中，开得最多的就是苯（并）二氮类安定药，仅 1980 年一年，德国就售出 28 亿盒安定药。

在所有处方药中，中枢神经抑制类药品的用量增长最快，其中，安定片是全世界被开处方最广泛的药品。在美国，安定片和利眠宁分别居处方药用量排行榜的第 1 和第 4 名，平均每 10 个人当中就有 1 人在任何 3 个月时期内，都服用过安定片来缓解紧张焦虑情绪。美国药剂师每年都抄写近 5000 万份安定片处方，而这些药片在很多大医院都是免费向病人分发的。早在 1972 年，一项针对波士顿两家大医院的调查显示，多达 30% 的患者服用过安定片，32% 的患者服用过类似药物氟安定^①，而这些病人其实根本不必服用这种药。

多年来，精神类药品，尤其是苯（并）二氮类安定药用量一直持续上升，在 20 世纪 70 年代中后期，西方国家的用药量达到了最高峰：从 1969 到 1982 年，安定片一直在美国处方药销量排行榜中名列首位，1978 年销量为 23 亿片，达历史最高纪录。1975 年，英格兰和威尔士零售药店神经中枢抑制类药物的处方配剂量总共是 4.75 亿份，其中，43% 为镇定片，35% 为安眠药。自 1979 年以来，随着人们对这类药物潜在危害认识的加深，其处方药用量才逐渐降低，尽管如此，服用总量还是很大。1986 年，这类药在英格兰和威尔士的处方用量减少到了 1.58 亿份；截止到 2004 年，已经减少到了 1.24 亿份，其中有 500 万份是安定片处方。英国每年有 100 万到 150 万人服用苯（并）二氮类安定药的处方药，其中有大约 5% 的男性和 12% 的女性每天服用，

^① 译者注：Dalmane，为苯（并）二氮类药物，又名氟西洋、氟胺安定、氟二乙氨基安定。

且服用时间为一个月或一个月以上。

服用该类药物能让人的言行举止发生很多变化，即所谓的行为失控。在对动物的药物实验中，该类药物的确能有效缓解动物压力和紧张情绪，但同时也降低了它们对危险事物的警惕性。对人也是这种药效，也就是说，人若服用安定片，就会放松警惕，更容易上当受骗，很多人服药期间在商场行窃被抓现行，这样的例子不胜枚举。不是药物本身诱导他们犯罪，而是药效使得罪犯降低了对法律制裁的恐惧感，使得法律不能有力地震慑罪犯。

氟硝安定^①近年来颇受关注，它也属于苯（并）二氮类安定药，是一种强力镇静片剂，用于治疗睡眠障碍。该药物价格低廉，很多年轻人买来掺入碳酸饮料或酒中，能使人产生神经麻醉的快感。而媒体则习惯称之为“迷奸药”，因为它溶解快，且无色无味，倘若喝了掺这种药的饮料很快就会沉醉昏迷、不省人事，很多女性往往就是在这种毫无戒备的情况下被恶人奸淫的。

通常情况下苯（并）二氮类安定药和镇定片一样，能让人神经松懈，不再那么易怒好斗，可有时这类药物会起相反效果，让人兴奋而变得易怒好斗、暴力倾向更严重，这样就如同“醉酒暴力”一样了。严格说来，行为失控是一种心理状态，司机酒后行为失控，驾车非常危险。因此，醉酒或吃过巴比妥酸盐和镇定片类药物的司机大脑反应迟缓，驾驶技术受到严重干扰，面对紧急情况时，更容易出事故。过量饮酒或超剂量服药就更危险，其中任何一种此类药物都足以导致严重车祸。行为失控的司机可能超速驾驶，违规超车，简直把车当成了杀人武器，从不考虑任何安全问题。

^① 译者注：Rohypnol，又叫氟硝西洋，一种安眠药物。

对酒后驾车进行的详细调查研究和对肇事司机进行的血液和呼吸酒精含量测试表明：当事司机往往言语不清，蹒跚踉跄地走在斑马线上，对所发生的车祸竟然毫不知情，直到清醒后才后悔不迭。安定片、利眠宁以及镇静片对我们来说，都是再熟悉不过的常用药物，然而我们却从未想过，它们也是毒品！人们早就知道服用镇定片会产生很多毒副作用，比如困倦疲乏、动作不协调等，还可能会出现神志不清、情绪低沉、视觉模糊、头痛口吃、大小便失禁以及眩晕恶心等不良反应。安定片制造商意识到这一问题后警告患者：“该药可能干扰人的正常思维，故驾驶机动车辆或机械作业期间禁服。”然而仍有数百万司机无视告诫，且大剂量服药甚至饮酒服药。服药期间驾驶小汽车、火车或地铁，无疑加剧了车祸风险。

加拿大、美国、意大利和芬兰进行的调查研究表明，服药者驾驶机动车辆发生严重车祸的几率大大高于未服药者，尤其是服用镇定片。究其原因，或许是当事司机过分紧张、焦虑或抑郁，但这还远远不足以引发严重交通事故，主要原因在于服药所产生的副作用让人神经麻痹，反应迟钝。滥用药物带来如此致命的后果，舆论为之哗然，纷纷对此痛加斥责。

然而服用处方药物的危险并不比使用违禁药物轻微。尽管安定片或其他镇定片比巴比妥酸盐类药品稍微安全，但若长期超剂量服用，它们都容易让人上瘾。最初服用镇定片的确能安抚人的情绪，但过段时间后，人体就会适应药物反应，一般服药者就会凭自我感受自行调整用药量，而不是遵照医嘱——一感动、焦虑、紧张、抑郁或低落就吃药，于是，药量不知不觉增大。这种做法无疑为身体健康埋下很大隐患，同时也说明出现了药物依赖。安定片或羟基安定（Temazepam）

之类的镇定片似乎像魔鬼般诱惑人对它们上瘾。

其他苯（并）二氮类安定药备受吸毒者青睐。20 世纪 80 年代，通过静脉注射海洛因能让人缓解焦虑抑郁情绪，到 80 年代末，海洛因开始被滥用，在伦敦，大约 1/4 的海洛因滥用者承认已经对其上瘾并希望能戒掉。药物滥用者的身体一旦对药物产生依赖，不服药就会出现情绪低沉、抑郁等各种不良症状，这和巴比妥酸盐的依赖反应非常相似。巴比妥酸盐依赖症是最严重的药物依赖种类之一，停药后反应相当强烈，上瘾者首先会焦躁紧张，然后遭遇睡眠障碍，最严重的反应是胃痉挛、呕吐；有时会出现身体颤抖而不能自控的情形，甚至像癫痫病患者那样抽搐不止或惊厥。可以这么说，是药三分毒，尽管人们都在服用，但其潜在的巨大毒副作用与是否是医生处方无关。镇定片对身体健康的伤害非常大，被普遍滥用，这是社会上一种隐蔽而相当严重的药物滥用形式。

荷夫曼-罗氏（Hoffmann-La Roche）制药公司事件

1973 年，英国上、下议院就利眠宁和安定片在英国国家健康中心^①的费用支出问题进行讨论。瑞士荷夫曼-罗氏制药公司拥有这类药品的生产专利，讨论的中心是，该公司利用英国社会医疗制度 NHS，对利眠宁和安定片定价过高。该药物的基本化学成分在意大利售价仅为每千克 9 英镑和 20 英镑，而在英国的售价却涨了 40 多倍，高达每千克 370 英镑和 922 英镑。而这也说明了英国对该家制药公司

① 译者注：National Health Service，简称 NHS，是英国社会医疗制度，为英国居民提供全方位的医疗服务，既有免费服务，也有收费服务。

误解很深。

英国政府要求罗氏制药公司降低利润，并由英国审计部门来监督其成本核算，却遭断然拒绝。既然罗氏制药公司认为公司利润应当保密，那么这些药物的利润究竟是多少就不得而知了，可是，该公司却同意无条件返还一定比例的利润给英国财政部。于是，1967 到 1970 年间，英国 NHS 总共收到瑞士公司 160 万英镑的利润回扣。

英国政府认为，罗氏制药公司在英国垄断利眠宁和安定片销售市场，而这两种药占据英国国内镇定片类药物总量的 2/3，所以该公司就任意制定药价，英国政府随即便请求英国反垄断协会（The Monopolies Commision）对罗氏制药公司的高药价事件进行调查。结果反垄断协会裁决罗氏制药公司将利眠宁的售价降低 60%，安定片售价降低 70%，并且还要返还英国政府更多的销售利润。

罗氏制药公司认为，既然任何制药企业研发的成功药物品种都很少，那么就非常有必要利用这些支柱药品来支撑企业的整体研发项目。即便是最成功的药品，其高额利润也不能长久维持，随之便会被更先进的新型药品所替代。由此便认为英国反垄断协会的裁决对公司不公平，公司才是真正的受害者，所以拒绝执行。

最终，罗氏制药公司将英国反垄断协会和英国政府同时上诉至国际法庭并申请公开审理。一国政府被一家国际公司上诉，这种事在世界上可是非常罕见。作为镇定片的唯一制药企业，罗氏制药公司拥有自主定价权，也能自主决定其研发成本。而英国反垄断协会则认为该公司的研发和销售成本过高，如果这种国际企业自主决定其研发成本，同时又作为某种产品的垄断者而将这些成本转嫁到一个国家的医疗部门，这就不禁让人产生疑问：谁是供应者？谁是控制者？即便国际裁

决不占绝对优势，也应该对定价和利润规定个限度才是。

最终裁决结果是，罗氏制药公司追加返还英国政府 3 700 万英镑，并且要加入英国自愿控制价格体制，该体制成立于 1957 年，经 NHS 和制药企业达成一致，对特种药物的销售价格进行规定。

根据英国反垄断协会的起诉报告，欧洲几个国家接受案件诉讼审理。罗氏制药公司的高药价行为严重损害其声誉，但让人费解的是，在加拿大，罗氏制药公司却被安大略最高法庭裁决为采用低价倾销安定片而进行不正当商业竞争。1968 到 1974 年间，加拿大各医院的安定片售价异常低廉，有时甚至免费配给，从而使得其他同类药品失去市场。据报道，罗氏制药公司在这 4 年间，总共免费发放大约 1.74 亿片安定片，2 600 万片利眠宁。

自行用药

为缓解日常生活中的压力和紧张情绪，除了到医院找医生开处方药，还有很多自我调剂的方式。比如喝酒，就是最普遍的通过用乙醇等化学物质麻醉神经而自行求得暂时慰藉的做法。在美国，每 7 个成年人中就有 1 人，通常是男性，经常靠喝酒来应对个人困境，缓解精神上的抑郁和痛苦。虽然女性酗酒现象越来越严重，但多数女性还是喜欢到医院开处方药剂。

滥用处方药物，包括擅自服用他人处方药的现象越来越普遍。2003 年美国进行的一项全国调查显示，大约 150 万美国人出于非治病目的而服用他人处方药物。滥用处方药的剂量仅次于服食大麻的剂量，滥用处方药的药品种类和违禁药物种类几乎一致，都包括止疼片、兴

奋剂和镇定片等。迄今为止，最常见的滥用违禁药为止疼片。据估计，从 1990 到 2001 年，美国滥用止疼片的人由 60 万人上升到 2400 万人。其次是镇定片。各种药品都有一系列功效用途，有人吃药纯粹是因为它能带来愉悦或陶醉效果；有人吃药是出于实际需求，比如提神、催眠，等等；还有人吃药是为了缓解不良情绪。

没人愿意生活在压力之下，所以寻求减压方式是很正常的需求。对多数人来说，引起我们焦虑、沮丧或紧张情绪的事情往往和社会环境有关，最普遍的就是失业、搬家、婚姻困扰以及亲朋好友去世等。但有时人也会莫名其妙地感到抑郁，也可能长时间感到倦怠乏力或紧张焦虑，而吃片药就很容易得到暂时的缓解，但通常不能解决实质性问题。平时不努力的学生，往往因考试成绩而焦虑，但吃镇定片不能保证他们考试就能通过；经济紧张的人，吃兴奋剂也不能增加其收入；痛失亲朋好友的人，吃药更不能让去世的亲人复活。事实却是，吃药只能让这些问题更糟糕：对学生而言，会影响其复习功课的动力；靠药物缓解抑郁情绪的人更不能面对残酷的现实。

人们普遍认为，滥用药物或吸毒通常是年轻人的做法，而实际上，老年人也容易有这种行为。年老以及由此所带来的种种衰老现象都对老年人造成很大的心理压力。很多长寿老人的配偶、朋友甚至子女都相继去世，他们还可能面临失业、收入减少、健康日益衰退等问题，或者痛失亲人后饱受孤独，与社会长期隔离，等等。很多老年人还有视觉或听力方面的障碍，交流能力降低或丧失，这些都会加剧他们的抑郁、孤独和被遗弃感等负面情绪。于是，吸毒或滥用药物以及喝酒就成为他们应对、缓解这些问题的常用手段。

年老也会对身体健康造成压力。老年人更容易遭受多种健康问题

以及各种器官衰竭引起的痛症困扰：数百万老年女性患有骨质疏松症，关节炎是最常见的老年疾病之一，还有神经官能症、痛风以及癌症等都使得药物成为老年人生活中不可缺少的一部分，由各种慢性病引起的痛症严重影响到很多老年人的正常生活。

调查发现，1%—3% 65 岁及以上的老年住院患者都存在滥用药物现象。超剂量服用处方药或服药方式不恰当都会增加老年人跌倒的风险，从而更容易发生骨折。苯（并）二氮类安定药是这个年龄段最为常见的滥用药物。

老年人通常自己到药店购买这类非处方药（简称 OTC），或者干脆直接服用家人、朋友的处方药。镇静剂、安眠药、抗抑郁药和止疼药是其中最常被滥用的处方药种类。很多老年人的服药历史超过 5 年，直到停药时他们才发现自己已经对这类药物产生依赖了。作为一个特殊群体，老年人是处方药和非处方药最大的滥用人群，而吸毒，比如街头海洛因、高纯度可卡因或注射等，这种传统概念中的药物滥用形式在老年人中却极其罕见。然而，很多老年人在年轻时就具有药物依赖，现在正用美沙酮进行戒断治疗。

老年人吸毒的危害更严重。因为随年龄增长，他们对药物的耐受性增强，药物反应也就逐渐减弱。服用复方制剂处方药或同时服用多种超剂量处方药都会增加药物毒副反应的可能性。苯（并）二氮类安定药常被临床用作抗抑郁治疗的多重处方药物，而在多数情况下这种多重处方开药形式并不适合。一项详细的门诊调查显示，过半数老年人的处方药剂不合理，由于处方药受限，老年人就经常偷偷用药，隐瞒药物依赖实情，患者家属或护理人员难以时刻监护，这就加大了临床诊断难度。超剂量服药、服用多重处方药包括服药期间饮酒（苯二

氮类药物治疗期间，患者忌饮酒）都会导致药物中毒性精神错乱，并常被误诊为阿尔茨海默氏病^①，从而导致更严重的临床治疗事故。

同时，也应避免对处方药使用的过度担忧。医学加尔文主义似乎认为病痛乃人体正常反应，不应盲目寻求药物治疗。忍受心理压力的折磨是一件很痛苦的事情，通常没有合适的解决方式。如果说精神疗法——不管是弗洛伊德^②精神分析治疗还是其他非传统药物疗法——能解决一切情感问题的话，就未免太过草率了。饱受精神折磨的人一直都在寻找能够治愈他们疾病的万灵丹，但化学药物和精神疗法都不能从根本上解决问题。

在赫胥黎《美丽新世界》一书中，虚构的乌托邦社会统治者用苏摩麻醉人的精神，来控制整个社会。这也是在暗示安定片以及同类制剂同样被现代社会所滥用，很多家庭主妇整日为家务所累，被子女缠身，服用廉价的镇静片能让她们焦躁抑郁的情绪得到暂时的缓解。我们的政府、制药企业以及医生都愿意用医疗方法来解决某些社会和政治问题。

和酒精以及处方药一样，违禁的精神抑制药物也经常用于以上目的。由此可见，海洛因、安定片和酒精从某种意义上来说并无差别，而用量加大以及上瘾或依赖现象出现的主要原因之一，即这些药物轻易就能缓解人的精神压力。

对很多精神有抑郁倾向的少年儿童来说，这些药能让他们精神振奋，并且也是他们这个群体一种独特的社交手段。在西方社会，青少年是非常敏感脆弱的叛逆人群，面对青春期困惑和个人问题压力，他

① 译者注：Alzheimer's Disease, AD, 又称老年性痴呆。

② 译者注：Sigmund Freud, 1856—1939, 犹太人，奥地利精神病医生及精神分析学家。

们更容易受到酒精或其他精神抑制类药物的诱惑。最近几年中，相比吸毒或滥用药物，青少年越来越倾向于酗酒，因为酒很容易就能得到，社会也不排斥喝酒现象，还能解决很多交往中的实际问题，比如小饮几杯之后，胆小害羞、不安全感以及种种交往障碍情绪都会消失，人的精神得到放松，交流也变得无比顺畅。相信所有目睹聚会气氛由严肃矜持转向轻松活跃的人都会惊叹，酒可真是社交场合的润滑剂啊！但是青少年敏感易怒、情绪易波动，应该避免酗酒和药物滥用，如果靠这种方式暂时缓解不良情绪，其后果将不堪设想。

最近几年，调查者还研究了不同的服药方式对不同的心理问题的效果。比如，酒精、巴比妥酸盐和安定片都可用于缓解精神紧张、焦虑或压力感。一些高层管理人员工作压力非常大，他们下班之后，最好的放松方式就是喝杯烈性酒。同样，处于重重精神压力之下的青少年服用巴比妥酸盐类的精神药品之后，也能得到暂时缓解。

对于内向害羞、缺乏自信 and 安全感的人来说，服用安非他明能让他们感觉精神振奋，充满自信。很显然，他们并非真正优秀或表现出色，但是，服药所带来的精神兴奋效果极其强大，往往使得他们自我感觉良好。很多药物依赖者发现，在正常状态下，人很难恰当表达自己愤怒抑郁的情绪，海洛因直接压制了好斗情绪，酒精、安定片和巴比妥酸盐类精神药品却以不同的方式发挥药效，帮助人们发泄内心深处的敌对进攻情绪。酗酒者和巴比妥酸盐类精神药品依赖者经常制造伤人事件，或者言语恐吓、威胁医护人员。

这些精神药品的共性是，都能暂时产生一定的医疗效果，但最终无法解决生活中的实际问题，而那才是造成精神疾病的最根本原因。

第五章 酒精

酒精及其起源

酒精不仅是应用最广泛的毒品之一，其效力也相对较大，然而令人不解的是，人们始终不把它归为毒品。平均每个美国人每年的酒精花费占其预算的 5%，其中包括 2.6 加仑烈性酒（**Spirits**）、2.2 加仑葡萄酒（**Wine**）以及 26.6 加仑啤酒（**Beer**），其他西方国家亦是如此。英国 16 岁以上定期饮酒的人数几乎占全国总人口的一半，其中 1/10 以上的人每天都喝酒。

酒类产业是一个国家财政收入的支柱产业，酒类产品的生产加工、运输销售等一系列产业链直接或间接提供就业岗位，无论从国内还是国际角度出发，这都是一股相当强大的政治力量。近乎 1/3 的法国国民生活收入部分或全部来自酒类产业。2005 年世界啤酒销量是 1580 亿升，美国仅啤酒一项的年财政收入就达 300 亿美元，欧盟国家每年酒类产品交易的税收就高达 240 亿欧元。以上数据均超过了芬兰或波兰（**Poland**）的国家年财政总支出。

酒精由少数实力雄厚的跨国公司和多数国内小企业生产，然而

酒精的非商业生产产量也很大。尤其是在不发达国家，商业酒消费仅限于富人阶级，东非国家的非商业酒精消费量最大，坦桑尼亚（Tanzania）和乌干达（Uganda）的家庭作坊酿酒消费量可占酒精总体消费量的 90%。

大自然为我们提供了酒精的液体饮用形态，长期以来人们一说到“喝两杯”就是指喝酒，目前有 6 种酒精类饮品：啤酒、苹果酒（Cider）、葡萄酒（Table Wines）、加强葡萄酒（Fortified Wines）、利口酒（Liqueurs）和烈性酒（Distilled Drinks）。附表 5-1 中列出了酒的分类标准以及相对酒精含量，这些酒精饮品尽管所含的具体化学物质不同，对人体产生的麻醉效果也不太一样，但最主要的成分都是乙醇（Ethyl Alcohol 或 Ethanol）。

其他酒精还包括甲基醇（Methyl）、戊基醇（Amyl）和丙基醇（Propyl）。其中，甲基醇最重要，因为经常被误认为是乙醇类酒精饮品的替代品，甲醇类酒精是乙醇和甲醇的混合物。甲醇常被用于工业纺织印染和制作防冻产品，其麻醉效果大大低于乙醇，但毒副作用却比乙醇严重得多，最值得警惕的是其对人视力的损害，可导致视觉障碍甚至失明。喝假酒（主要酒精成分为甲醇）造成失明的例子有很多，事后饮酒者的视力部分或全部恢复。有些人喝刮胡子用的润滑液或法国古龙香水，因为这两种液体也含一种酒精成分，即异丙基醇，也有类似乙醇的麻醉效果。俄国酗酒问题很普遍，据估计，每年至少有 4 万人死于饮酒事件。然而所有这些现象都不能引起我们对酒精危害的足够重视。

所有啤酒都是由植物麦芽汁经发酵酿成，最初由大麦麦芽发酵，其他谷类植物也可以用来酿酒。淡色啤酒和黑色啤酒通常采用高温发

表5-1 各种酒精饮品对比

| 名称 | 类型 | 酒精含量(百分比) | 制作来源 |
|------------------------|---|-----------|---------------------|
| 啤酒(Beers) | 贮藏啤酒(Lager) | 3—6 | 谷物麦芽发酵，加入啤酒花增加其芳香口味 |
| | 加强贮藏啤酒(Extra-strength Beer & Lager) | 8—10 | |
| | 淡色啤酒(Ale) | 3—8 | |
| | 黑色啤酒(Stout & Porter) | 4—8 | |
| 苹果酒(Cider) | | 3.5—13.5 | 苹果汁发酵 |
| 普通葡萄酒(Table Wines) | 无气葡萄酒(Still Wines)、红葡萄酒(Red Wines)、白葡萄酒(White Wines)、玫瑰色葡萄酒(Rose Wines) | 8—14 | 葡萄汁发酵 |
| | 香槟酒(Chamagne) | 12 | 在葡萄酒瓶中进行二次发酵 |
| 加强葡萄酒(Fortified Wines) | 雪莉酒(Sherry)、钵堤酒(Port)、玛德拉酒(Madeira)、苦艾酒(Vermouth) | 15—20 | 加入白兰地的葡萄酒，再加入各种香料 |
| 烈性酒(Distilled Spirits) | 白兰地(Brandy) | 40—55 | 葡萄酒蒸馏 |
| | 威士忌(Whisky) | 40—50 | 大麦、黑麦或玉米等谷物发酵、二次蒸馏 |
| | 朗姆酒(Rum) | 40—75 | 甘蔗或蜜糖发酵、蒸馏 |
| | 伏特加(Vodka) | 35—50 | 谷物发酵、蒸馏 |
| | 金酒(Gin) | 35—50 | 谷物发酵、蒸馏，再加入杜松子香料 |
| 利口酒(Liqueurs) | 泵酒(Benedictine)、查特酒(Chartreuse)、奇士酒(Kirsch)、库美露甜酒(Kummel) | 25—55 | 以葡萄酒为酒基蒸馏，加入各种香草 |

酵制作流程，而贮藏啤酒通常采用低温发酵。啤酒花具有麻醉效果，有“英国人的麻醉剂”之称，欧洲啤酒的啤酒花含量是美国啤酒的3倍。

葡萄酒和啤酒的酿造历史大致相同，但葡萄酒的酿造工艺似乎更复杂，从葡萄种类的选择、葡萄园的土壤品质、生长温度、天气状况到葡萄的采收方式和压榨发酵，甚至是成品葡萄酒的贮藏条件都会影响葡萄酒的口感和质量。葡萄酒含100多种有机物质，然而在精神麻醉效果方面，各种葡萄酒之间的差别却很小。红葡萄酒的色素类化合物比白葡萄酒含量要高，其丹宁酸或鞣酸含量也相对较高。无气葡萄酒不含有由自身发酵产生的二氧化碳或人工添加的二氧化碳，其生产只需进行一次发酵。香槟酒属于起泡葡萄酒，要经过两道发酵程序，在第二道工序时，葡萄自身发酵所产生的二氧化碳气体被压入酒中，受冷或开启饮用时，二氧化碳含量减半。

加强葡萄酒，是葡萄酒在酿造过程中加入了白兰地，以终止其发酵作用而形成的一种酒精含量很高的酒类。这类酒因其酒精含量很高而不易变质，方便储存和运输，常见的有雪莉酒(Sherry)、钵堤酒(Port)和玛萨拉酒(Marsala)。苦艾酒，也称威末酒或味美思酒，和加强葡萄酒相似，也是一种甜葡萄酒，酒精含量在15%—20%之间，并加入各种香料，其名称可能来源于德语单词中一种叫苦艾(Wermut)的植物，这种植物自古希腊和罗马时代就被看作具有很高的药用价值，常被用来泡酒。其他加香口味有苦橙口味、洋甘菊口味、蓟草口味、豆蔻口味以及肉豆蔻口味，等等。

人类把所有想象得到的含糖分的物质用来发酵制酒，水果、谷物、土豆、蜂蜜是最常用的制酒原料。白兰地可能是最早用发酵酒蒸馏制作的商业烈性酒，蒸馏后再装入木桶陈酿至少两年，有时贮藏时间会长达 20 年，之后才装瓶销售。卡尔瓦多斯（Calvados）是一种产自法国的苹果白兰地，和葡萄白兰地制作流程相似，由苹果汁经发酵再蒸馏，这种烈性酒在法国布列塔尼（Brittany）和诺曼底（Normandy）地区非常普遍，同时，酒精中毒和肝脏疾病也是这两个地区的高发疾病。所以，有观点认为发病原因就在于该酒含有某些未知的高危致病成分，而迄今为止，这类神秘的致病因子仍未找到。

威士忌酒是由各类谷物，包括大麦、玉米和黑麦等经发酵蒸馏制作。比如，苏格兰威士忌是由已发芽的大麦或玉米为原料发酵蒸馏制作而成；朗姆酒是以含蜜糖类物质或甘蔗汁为原料发酵、提纯制成，如果再加入相应的香料就成为雪莉、玛德拉或其他水果威士忌；金酒是一种无味的酒精度数高的烈性酒，可以由大麦、黑麦、土豆、蜜糖以及甘蔗汁等任何碳水化合物发酵、蒸馏而制成，其独特的杜松子口味是因为加入了金果或杜松子油；伏特加的制作原料和制作流程与金酒大致相同，只是未加入杜松子。

利口酒又称餐后甜酒，多产自英国以外的国家，中世纪时多数是药用酒，而且与宗教教规有关，通常根据其不同的药用目的而加入各种香草或药用植物，而有些如泵酒和查特酒之类的利口酒，其具体化学成分至今仍是个谜。利口酒既可以由水、糖和香草同时发酵并蒸馏而制得，也可以先发酵蒸馏再加入香草，这两种方式最终都能得到甘甜的烈性利口酒。除此之外，还有苦味的利口酒，最有名的就是加入安古斯图拉树皮的苦味金酒。

酒精的用途

适量饮酒有益健康，多数人饮酒基本都能做到适量，但毕竟酒精也是精神类药品，也属于毒品，其药性非常强大，容易让人上瘾。过度饮酒会极大地损害身体健康。饮酒是世界普遍现象，和其他毒品一样，不同的文化群体饮酒方式也不同。例如，伊斯兰教就禁止饮酒，多数教徒似乎能遵守这一教规，而在其他宗教，大量饮酒甚至是一种必需的宗教仪式。墨西哥阿兹特克民族拥有他们自己的宗教，该教规定，在任何盛大宗教仪式上，必须喝醉，否则，神就不高兴。宗教内部对待酒的态度也不完全相同，基督教的清教徒就认为不应该在教友聚会场合喝酒。

犹太人不禁酒，酒在犹太教例行仪式上扮演很重要的角色。犹太教的安息日（Sabbath）中，祈福仪式^①和结束仪式^②中都要喝酒，以此来证明与世俗生活隔离。其他重要的年度节日以及犹太新年、赎罪日等重要宗教节日，饮酒都必不可少。可见，酒在犹太人生活中的重要地位是其他任何社会或宗教群体都不能与之相比的。研究发现，只有大约 1% 的犹太人几乎不喝酒。尽管如此，犹太人由酒精引起的疾病发病率却非常低，所有这些特点都形成了“犹太人神奇的饮酒现象”（参见第三章）。

不同国家之间的酒精消耗量也大不相同，西方国家中酒精消耗量最少的是挪威（Norway），而在生产葡萄酒的国家，尤其是法国，人

① 译者注：Kiddush，其他节日和安息日前夕的祝福节日。

② 译者注：Habdalah，其他节日和安息日前夕的结束仪式。

们每天都大量饮酒。以上这些对比以人均饮酒量为基础，而实际上主要是饮酒习惯不同，人均饮酒量只是一个大概的参照，因为不常喝酒的人很可能在少数情况下喝很多，而每天都喝酒的人喝的量又不一定多。以上这两种喝酒模式对饮酒者的健康以及酒后行为所造成的影响和结果（如酒后驾车）也大不相同。

很显然，适量饮酒有益健康。比如，某项关于饮酒的调查涉及男性和女性、老年人、吸烟者与不吸烟者，结果发现，少量或适量饮酒能降低冠心病发病率，而过量饮酒尤其是酗酒，则会增加冠心病发病率。

酒精摄入量过多对肝脏有害，即便是有规律地少量饮酒，长期积累也会引发肝脏疾病。在英国和其他很多西方国家，过度饮酒仍然是造成慢性肝病的主要原因。饮酒后，酒精很快就会通过肝脏被胃吸收，再进入血液循环，几乎所有酒精都靠肝脏代谢，肝脏长期处于高浓度酒精解毒和代谢的重负之下，久而久之势必造成损害，引发肝脏疾病，并殃及其他脏器，比如大脑、心脏、肌肉组织和胰腺，等等。酗酒能引起 3 种肝脏疾病，在英国，临床肝病患者中至少有一半是由过度饮酒造成的。

几乎所有酒精肝病患者都要经历第一阶段，即脂肪肝。如果此时立刻戒酒，肝脏很快就能恢复如初，而如果再继续喝下去，就会发展到第二阶段，即酒精性肝炎，从轻度肝炎发展到重度肝炎，一直到最后阶段肝功能完全丧失，即肝硬化。由酗酒引起的肝硬化是美国十大死亡原因之一，通常情况下，饮酒量越大，饮酒次数越多，就越容易患严重肝病。在同等酒量的前提下，女性比男性更易患肝病。

自 20 世纪中期以来，英国酒精消耗量呈逐年稳定上升趋势。不容乐观的表现之一就是酗酒现象越来越多。在很多国家尤其是北欧，

青少年酗酒越来越普遍，却未能引起社会的足够警惕。目前，英国是欧洲地区青少年酗酒问题最严重的国家，周五和周六晚间时常有酗酒青年言行失控，在闹市中呕吐、大嚷大叫甚至打架。每到周末，医院急诊都会爆满，大多都是由酗酒引发的暴力事件所致。在过去20年间，由酗酒引发的死亡人数翻了一番，并有大约1000名15岁以下的青少年因酒精中毒而住院治疗。多数酗酒者为了达到“花最少的钱获得最直接的效果”的目的更倾向于选择酒精度数高的烈性酒，这就直接导致了一系列社会问题和医疗事件。

酒也属于食品，但却不是什么健康食品，它热量高却不含矿物质和维生素；酒也是药品，它能麻醉人的中枢神经系统；酒还是毒品，过量摄入就会有生命危险。酒精能抑制呼吸，虽然致死率很低，但足够量的酒精能杀死任何生物，血液酒精浓度达到400mg/100ml，就足以致命。人们通常认为酒精是兴奋剂，因为少量喝酒能让人变得活跃健谈，实则不然，酒精具有镇静作用，喝酒后能让人暂时忘掉社会和道德的禁忌约束，所以它是比较理想的“解除桎梏”的工具。

酒精对人的中枢神经系统具有镇静作用，相信大多饮酒者都能体验这一点，这就是酒精药用的主要原因之一，但同时也带来诸多负面效果。不幸的是，饮酒者总是既想畅饮而充分享受醉酒乐趣，又想避免过度饮酒带来的不良后果，这个分寸特别不好把握。

对多数人而言，少量饮酒能放松身心，缓解压力，再多喝的话，酒精的镇静作用就会体现出来：饮酒者开始无所顾忌，要么欢喜愉快，要么泪眼婆娑；要么变得易怒好斗，要么更加热情友好。醉酒表现因人而异，受饮酒者个性以及社会文化对饮酒的态度的影响。除了酒精，其他精神药品也是这种效果，药效受服药者心理因素、社会文化因素

以及药理作用的共同影响。

酒精能消除既有的精神束缚。心理分析学家指出，所谓的自我意识控制上的“超我”^①，能溶化在酒精里面。但饮酒者的言行举止要受其他社会、心理和文化等诸多因素的共同影响。如果继续饮酒，饮酒者就可能出现木讷口吃的状况，情感状态的真实流露更加明显，直到自己神志不清，最终可能会因过量饮酒而晕倒在地，甚至发生生命危险。

醉酒程度取决于两个因素：一是酒的酒精度数，二是饮酒者自身的解酒能力。

酒类的酒精强度划分有几种不同的标准，最直接的一种就是“绝对酒精含量”（计量单位是 v/v）；“相对酒精含量”标准也很普遍，但不好理解；以下这种衡量方式要追溯至几百年前，即如果浸了某种酒的火药依然能够引燃，那就说明其中的相对酒精含量超过 50%。两种标准之间的换算很简单：两个相对酒精含量相当于一个绝对酒精含量（二者均为美国计量标准），若绝对酒精含量按英国计量标准，则 57.15 个才等于 100 个美国计量标准的绝对酒精含量。3 种不同的换算方式引起人们很大的困惑，本书皆采用英国标准绝对酒精含量。

酒精作用速度快，酒中绝对酒精含量越高（以绝对酒精含量 40v/v 为界，不超过 40v/v），身体的吸收速度就越快，但超过 40 v/v 反而会抑制肠胃吸收。烈性酒的酒精浓度高，其吸收速度就相对较低。酒中所含其他成分也会影响身体吸收：起泡葡萄酒（Sparkling Wine）或威士

① 译者注：精神分析学认为，超我为精神的主要成分，多半无意识，少半有意识，产生于自我，对父母、老师或其他权威的劝告、威胁、警告或惩罚表现出顺从或抑制，从而反映出了父母的良心和社会准则，有助于性格的形成和保护自我来克服过胜的本我冲动。

忌中的二氧化碳和重碳酸盐会加快其吸收；甜酒中的糖分则会降低其吸收速度；啤酒中的碳水化合物抑制了身体吸收；在喝酒的同时吃饭，也会减缓其吸收，尤其是牛奶，还有面包、土豆等碳水化合物。

酒精在体内的吸收速度直接影响其麻醉效果。一盎司的威士忌每小时就能在体内代谢掉 3/4，照此速度，如果缓慢啜饮，24 小时之内喝完 20 盎司（相当于整整一瓶酒的量）的酒，即便进行生理测试，也不会有任何酒精反应，因为酒精已经被人体全部代谢了，如果在一两个小时之内喝完这些酒，肯定会感觉非常不舒服。

酒精在人体内的代谢速度受几个因素的影响：酒精总量、酒本身的酒精强度、饮酒时间以及饮酒前后或饮酒过程中是否吃饭，等等。另外，饮酒者的性别也会影响其代谢速度，摄入同量的酒精，女性的血液酒精测试结果要比男性高，女性更容易吸收酒精，更快达到麻醉状态。经测试，女性酒后记忆和酒后反应速度皆不如男性。这是因为女性荷尔蒙影响某些精神类药品的代谢：处于月经周期或正在服用口服避孕药的女性，对酒精麻醉效果的反应更为强烈。

人体可以代谢掉 90% 的酒精，其余 10% 则会随呼吸、尿液和汗液而排出体外。酒精被肝脏代谢，首先生成乙醛（Acetaldehyde，简称 AcH），乙醛再被分解成乙酸盐（Acetate）、二氧化碳和水。一些戒酒药的原理就是阻止乙醛分解，使其在人体血液中积累到一定程度，让人非常不舒服，戒酒者便会逐渐排斥饮酒。

饮酒与职业的关系

从事某些特定职业的人更容易酗酒，也有更多的饮酒问题。尤其

是水手，经常喝得烂醉如泥，究其原因，其实也不难想象，他们长期与外界和异性隔离，工作时间集中，没机会娱乐消遣，一旦在港口休假，便尽情喝酒庆祝。在部队，喝酒通常免费，甚至还有补贴，士兵更容易养成喝酒的习惯。

吧台服务员、餐厅侍者以及酒店老板更是天天和酒打交道，受环境熏染，这类人群患肝硬化和酒精肝的几率更大。

还有媒体人和商人，出于工作需要，经常宴请客户或同行而必须饮酒。尤其是媒体人，他们的工作环境复杂，时而无所事事、乏味无聊，此时喝酒纯粹为打发时间；时而高度紧张，经常要在一定期限内完成某项紧急任务，体力和智力都处于重压之下，喝酒便起到镇静效果。因此，酒精中毒等饮酒问题成为这一行业的职业病。

当然，不只是媒体人的工作压力大，还有药剂师，他们也面临各种处方开药的壓力，也非常喜欢酒精，这从医药起源上可见一斑（上文提到医药源于巫术中的酒精）。不幸的是，这些医生往往没有经过专业训练，不明白精神类药品的非医疗用途，对酒精相关知识了解甚少，自己酗酒而不知其严重后果。医生和病人一样，也面临各种社会问题和身心疾病，酗酒现象比常人更为普遍。所以，半开玩笑地说，酗酒者入院治疗是因为酒比医生喝得多。

有时人们误以为酗酒或酒精中毒是贫民窟的特有现象，其实酗酒者并非都是贫困潦倒的人，任何人群都存在酗酒现象。酒量越来越大，喝酒次数也越来越频繁，但大多数人还是照常工作，种种原因让同事对此充耳不闻，酗酒隐患逐渐形成且极为隐秘，偶尔工作也会出现失误，但通常归咎于万事开头难，差错不可避免，而得以被包容和理解。有种方法可以解决工作中的失误问题，那就是找出酗酒员工并引以为

戒。但说来容易做起来难，以什么标准来确定是否属于“酗酒”呢？

饮酒与驾车

多数美国人、英国人和欧洲人都拥有私家车，多数人也喝酒，有些司机酒后驾车。1904 年，《酒精依赖者季刊》(*Quarterly Journal of Inebriety*) 刊载了一篇文章，对酒后驾驶机动车辆的司机予以严厉斥责：“现行政策疏于监管，司机酒后自控能力降低，这些都可能会引起车祸事故。”从那以后，机动车充斥于我们的生活，饮酒与驾车问题也越来越严峻。

无论从个人方面还是从经济方面考虑，醉酒驾车的代价都极为惨重。美国近半数车祸死亡都与司机或行人酗酒有关，20 世纪 60 年代末，因酗酒所造成的交通事故死亡人数超过了越战死亡的士兵人数。自 20 世纪 80 年代以来，美国的这个数字每年均在 4 万到 4.5 万之间。英国布伦纳哈塞特委员会 (The Blennerhassett Committee) 的调查报告显示，英国政府每年因酒驾交通事故所造成的经济损失高达 11 亿英镑。

20 世纪 30 年代，针对酒精如何影响司机的驾车技术，美国进行了一项调查，结果显示：事故越严重的肇事司机体内的血液酒精浓度越高，约半数司机都曾大量饮酒；其他及时刹车而未出事故的司机，经酒精检测，只有 1% 到 4% 的人血液酒精浓度超过 10mg/100ml。

后来的相关调查也显示出同样的结果：1976 年死于重大交通事故的醉酒司机其血液酒精浓度均超标，周六晚上，血液酒精浓度超标的司机数量竟然攀升至 71%。这一年，共查处 63 000 名酒后违法驾车司机，其中 20 到 24 岁之间的年轻司机最为严重，事故高发时间为夜

间 10 点左右，高发日期为周五和周六。

1967 年，英国规定，司机血液酒精浓度 80mg/100ml 为最高限度，相比于完全不饮酒的驾车状态，这一标准之下的事故发生率上升两倍，超过这一界限，还会大幅攀升。若达到 150mg/100ml，事故发生率即上升 10 倍；若为 200mg/100ml，则上升 20 倍。大量饮酒后，司机对路面交通状况不能做出准确及时的判断和反应，更糟糕的是，很多风险其实完全可以避免，只是酒精的麻醉效果让他们过分自信而放松警惕。同样，疲劳驾驶也会导致重大交通事故。

欧洲其他国家对司机的血液酒精最高浓度限定大都低于英国：瑞典为 20mg/100ml；即便是生产葡萄酒的法国、意大利、西班牙和德国，其最高限度也仅为 50mg/100ml；只有塞浦路斯（Cyprus）为 90mg/100ml。很明显，低于英国 80mg/100ml 这一标准，司机的驾车技术所受影响就明显降低。据交通部门估算，在血液酒精浓度介于 50mg/100ml 到 80mg/100ml 之间的范围内，每年有大约 80 人死于交通事故。1998 年，英国首相布莱尔大选时曾宣称，将司机的血液酒精浓度标准降低到 50mg/100ml，这就和欧盟其他国家趋于一致了。而执政后，却迫于酒精产业的压力未付诸实践。

任何交通事故都不是由单一因素引起的，而是由一系列事件相互作用而引发：司机的性格特点、不饮酒情况下的驾车技术以及事发的路面状况等都会直接或间接导致事故。但毫无疑问，司机的饮酒量是最主要的因素。在常见的“隐性事故”驾驶中，饮酒量是最关键的因素，在某一限度内，直接影响司机的反应速度、驾驶技术和判断力，一旦超过这一限度便极有可能引发重大交通事故。

1967 年，迫于公众压力，英国《道路安全法案》（*The Road Safety*

Act) 引入呼吸测醉仪, 随即收到明显效果: 交通事故发生率下降 11%, 事故死亡率下降 15%。然而没过几年便又恢复如初, 或许是因为司机意识到被抽查的几率很小。为了对抗日益严峻的醉驾事故, 英国政府又开始加强在路面进行酒精的随机呼吸测检。1968 年的一项民意调查显示, 只有 25% 的民众支持路面随机抽检, 而 68% 的人都反对这一做法。截至 1975 年, 这一调查结果又呈现相反趋势: 48% 的人支持, 37% 的人反对。但这一时期公众对酒驾的态度为何会转变还不清楚。

在欧盟多数国家, 交警随时可以用呼吸测醉仪对司机进行抽检, 而英国现行法律则不允许这样做, 除非某司机有明显的醉酒驾车迹象, 或者违犯了交规, 或者引发了交通事故。由此, 英国交通事故频发。

随着公众酒驾危险意识的增强, 社会舆论反对酒驾的呼声越来越强烈, 民众也越来越支持抽检。于是, 司机倾向于喝低度酒并愿意接受呼吸测醉仪的随机抽检, 所有这些都有效削减了酒驾现象。1979 年, 51% 接受调查的司机主动承认自己当前一星期内有酒驾行为, 而到 1997 年, 这一数字下降到了 23%。在澳大利亚, 醉酒引发的交通事故死亡率从 1978 年的 50% 下降到了 1985 年的 40%, 1988 年降为 31%。英国自 20 世纪 80 年代早期以来, 酒驾事故及其所引发的死亡率也明显下降。然而, 2000 年以来, 这一数字却又呈现上升趋势, 同样, 约半数死者为无辜的路人。

宿醉

酗酒最普遍的后果之一就是宿醉。

谁有祸患？谁有忧愁？谁有争斗？谁有哀叹？谁无故受伤？谁眼目红赤？就是那流连饮酒，常去寻找调和酒的人。那些嗜酒如命的宿醉者……终究是咬你如蛇，刺你如毒蛇。

（《圣经·旧约·箴言篇》Proverbs 23:29—30,32）

宿醉不仅让人感到彷徨挣扎、悲伤痛苦，而且还伴随着头痛、头晕、乏力和恶心等症状。即便是在现代社会，高度发达的医学技术在酒精的强大力量面前也无能为力，除非不喝酒或身体状况不允许喝酒，才能避免宿醉的痛苦后果。肝功能不全者喝少许酒就会头痛欲裂、胃痛难忍。但酒精的毒副作用是否就相当于酗酒后宿醉的身体状态呢？

酒类的主要成分是乙醇和水，也含有其他同类化学物质，多数饮酒者并不在意这些物质，可正是它们赋予了不同酒类以独特的口味和色泽，比如乙酸盐类、糖类、无机盐、酸类物质、矿物质和B族维生素，等等。酒类不同，其所含的这类化学物质浓度也不同，人对宿醉的反应也会有所不同。喝白兰地烈性酒的人再饮用同类物质，其头痛眩晕的感觉将持续长达18小时，而再饮用等量乙醇溶剂的人，则不会有如此强烈的宿醉反应。

酒中同类化学物质影响的不仅是宿醉苏醒后的反应，还有宿醉反应本身。一项实验调查给接受实验的志愿者提供同类化学物质含量低和含量高的两种酒，分别是伏特加和波旁威士忌（Bourbon）。伏特加中同类化学物质含量居中，仅为33g/100L，而波旁威士忌则高达286g/100L。喝了同量且足量致醉的两种酒后，很明显，喝波旁威士忌的人其宿醉的痛苦程度比喝伏特加的人要严重很多。

导致宿醉诸如头痛恶心、出汗等症状的同类化学物质之一就是乙醛，其在白酒中的含量高于在红酒中的含量，可有趣的是，民间说法是红酒后劲比白酒大，喝红酒更容易醉，宿醉反应也更强烈。著名的烈性酒法国苹果白兰地同类化学物质的含量也相当高，但以酯类为主。

人们通常都爱喝普通啤酒或贮藏啤酒，酒类广告也以此为主，原因之一就是为了解渴，可结果却适得其反。实际上啤酒喝多了也致醉，酒精都有脱水作用，所以饮酒后大量喝水能有效缓解宿醉反应。

酒精依赖

酗酒者醒酒后身体不适，往往会再喝点酒来缓解这种不适^①，这其实是非常危险的做法，与习惯用药物解决精神疾病的做法一样，虽然暂时缓解了醉酒不适，却更容易让醉酒者产生酒精依赖，并且这种做法已经成为衡量酒精依赖的一个标准。由于在实际生活中，对酒精依赖者无法确切定义，目前的数字统计显然不足信，据可靠的临床医学诊断标准，美国一些参考数据显示，大约 7% 的美国人口，相当于 1 400 万人，都存在不同程度的滥用酒精或酒精依赖症状。

相比于其他精神类药品的依赖现象，我们对“酒精依赖”的界定存有疑惑。在过去 100 多年中，它曾经被认为是邪恶和罪过，而现在则更倾向于是一种临床疾病，而这种态度的转变对酒精依赖现象本身并无多大帮助。酒精或其他药物依赖者不应被视为道德低下或患有某种疾病，若仅仅从社会道德标准出发，认为酗酒是坏习惯，就无法理解酒精在酒精依赖者生活中的位置，也无法了解他们试图戒酒的心理

① 译者注：即中国人所谓的“回笼酒”解酒法。

状态。对“酒精依赖”这一疾病的理解往往陷入两个极端：一种观点认为“酒精依赖”是一种无法控制酒精摄入量的疾病；另一种观点则认为“酒精依赖”根本就不是疾病。而实际上，纵观全局，可得出这样的结论：酒精依赖是一种极为复杂的社会、心理和精神问题。也有知名专家认为这不是道德低下的表现，而是一种疾病，这种说法或许更为人道，但却容易引起误解，导致医生和酒精依赖者忽视酗酒者本人所起的作用。

打个比方，知道一个人的确切身高，就不会再盲目界定这人是高还是矮了。如果认为酒精依赖是饮酒者具有或不具有的一种现象，那么酒精依赖就和其他药物依赖一样，可以理解为饮酒者的酒精摄入量可大可小，所有药物依赖者都是如此，但不同的是，药物依赖程度受环境因素的影响而变化。

“酒精依赖”这一术语应该除去其神秘的医学面纱，而代之以“酒精问题”，这样谈论或许更为直接方便。酒精问题涵盖范围广泛，从严重酗酒及宿醉现象，到与之相关的社会关系和无数心理障碍现象，再到一系列的肝功能不全等医学临床疾病，饮酒者所具有的以上问题越多，就越要注意自己的饮酒习惯。有些问题特别值得注意：规律性饮酒、不合时宜地醉酒、感觉不喝酒就没精神或者被迫喝酒，所有这些都是极为危险的信号，一旦饮酒者本人意识到自身也出现了这些问题，就应该考虑转变喝酒习惯了。

当然，“酒精问题”这一说法本身就有模糊性。首先，饮酒问题归咎于谁不能确定。如果某人饮酒过量而伤害健康且不能停止这种过度饮酒行为，那就很容易被界定为“酒精问题”者，但在多数情况下，饮酒者往往都是愉快地受他人之邀而不能自己，那么醉酒问题是否是

一种不道德的公共行为呢？不是的话又该如何解释呢？

1957 到 1977 年的 20 年间，英格兰和威尔士的醉酒事故呈稳定上升趋势，尤其是男性酗酒者，从每 10 万人中有 370 名上升至 540 名，其中 18 岁到 21 岁的青年男子上升的数量最大，增加了一倍多，从 600 名上升至 1 500 名。由于种种原因，同龄女性的酗酒事件远远少于男性，但在同一时期，18 岁到 21 岁的女性酗酒者数量的增长更具戏剧性，从每 10 万人中有 35 名上升至近 100 名，且这个趋势一直延续至今都未发生明显变化。

醉酒是较为明显的酒精问题之一，但和其他慢性酒精中毒现象有明显区别。醉酒者对酒精的麻醉反应很强烈，长期饮酒者却往往没有这些反应。酒精依赖最常见的表现为：对酒精的心理依赖程度越来越高；不喝酒便出现明显不适应症状以及强烈的饮酒欲望；即便是独自饮酒也不能控制酒量，很容易过量饮酒。

酒精依赖者一旦停酒，就会出现种种疾病症状，人类数千年以前就对此熟知。酒精依赖远比海洛因依赖严重，是最严重的药物依赖现象之一，其表现包括失眠、颤抖、意识混乱、幻听、幻觉等。严重者在停酒 48 小时之内还会出现抽搐等癫痫症状。

精神错乱是近年来对酒精依赖症状最流行的一种描述。尽管略带调侃，但对某些严重的酒精依赖者来说，这种体验的确相当恐怖，是最严重的酒精中毒现象。精神错乱常常在夜间突发，患者焦躁不安，易受梦魇困扰，一旦发作，很快就由焦虑转为恐惧、疼痛、意识迷乱等，这种精神错乱现象往往要持续 2 至 3 天，有时还可能导致精神崩溃。

酗酒向来是一个极具争议的话题，酗酒者往往对饮酒时间和饮酒量失去控制，尤其不能适可而止，除非彻底戒酒或滴酒不沾，否则定

会失去控制，极易过度饮酒，所以这看似是一种“酒精依赖”症状。多数酗酒者承认，在两次酗酒之间，“如同坐着四轮马车”一样头晕目眩的症状要持续几天甚至几周。

但仅有极少数酗酒者或酒精依赖者才会彻底不能自控，相比“失去控制力”，或许“控制力受损”的说法更为贴切，也很有意思，对酒精的强烈欲望使得酗酒者的自控能力受损：那种挣扎在强烈欲望之下的痛苦，在喝酒后得到暂时缓解，如此反复，更让酗酒者相信自己“控制力受损”，这种现象是酒精依赖的典型特征。

最初人们相信，只有彻底戒酒才能治愈酒精依赖，而近几年来，也有争议说酗酒者可以恢复正常饮酒，来自莫斯里医院的 D.L. 戴维斯 (D.L.Davies) 博士就持这种观点，并为此发表过相关文章，但随即招来大量指责。从那以后，其他研究者也发现很多酗酒者可以控制饮酒量并恢复正常，但仅限于酒龄短或酒精依赖不严重的人。对多数严重的酒精依赖者来说，彻底戒酒才是最好的恢复手段，他们也发现，那样恢复几率非常大，并且相比于保持适量饮酒，彻底戒酒更容易做到。

酒精依赖的 3 个典型特征，即酒量渐长、停酒时对酒精的强烈欲望以及不能控制饮酒量，似乎在北美和英联邦国家更为普遍。法国人在前两种特征上的体现更明显，他们不是感觉难以控制饮酒量，而是感觉一旦喝酒就会很快上瘾。他们的饮酒习惯是连续大量饮酒，但每次都不会大醉，而不是连续两次酗酒，在这期间滴酒不沾。法国一项针对饮酒者酒量的问卷调查显示，普通工薪族在没有任何不适感的情况下，每天的饮酒量为 1.8 升，约折合两瓶半葡萄酒或 6 盎司乙醇，近 1/4 接受调查的人都表示葡萄酒是他们日常生活中不可或

缺的重要部分。

在欧洲国家之间进行对比，最有趣的现象是法国和意大利的酒精依赖比例。尽管这两个国家都盛产葡萄酒且国内的消耗量都非常大，相比之下，意大利饮酒更普遍，饮酒人数也更多，但是法国的酒精依赖人数却是意大利的 5 到 6 倍之多。这是为什么呢？有社会学家指出以下几个因素：法国传统观念认为大量饮酒有男子汉气魄，而意大利人却不这么认为；法国人更能包容醉酒，觉得没什么大不了，而意大利人却认为当众醉酒特别丢面子；两国人对儿童饮酒的态度也不同，意大利人认为儿童在社交礼仪中饮酒很正常，谁都不可避免，而法国人则坚决反对。

随着全球化时代的到来，国与国之间的品味和言行举止都趋于一致。“地中海”式适量饮酒的社交模式逐渐受到挑战，取而代之的是开怀畅饮或其他不节制的饮酒行为。直到最近，在西班牙，在公共场合醉酒被视为失礼，人们在饭店或酒吧只喝适量葡萄酒或啤酒。后来在少年儿童中也流行一种饮酒模式，就是一群孩子围坐在公共场所，一起品尝瓶装的威士忌或可乐。2002 到 2004 年间，15 到 19 岁的西班牙男性青少年定期酗酒者的数量翻了一番，从 22% 上升至 44%，而女性则增长了一倍多，从 10% 增长到 24%。意大利、葡萄牙（Portugal）等其他地中海国家也呈相似趋势。美国人尤其是年轻人，喜欢用嘴巴对准酒瓶直接喝啤酒，和美式快餐一样，这种喝酒方式迅速流传到世界各地。

多年来，东欧一些国家对酒精问题讳莫如深。东欧地区的酒精消耗量一直居世界首位，伏特加在北欧和东欧的消耗量非常大，该地多次举行公众集会游行强烈反对酗酒。波兰有 300 万酗酒者，其酒精消

耗量相当于全国 3 400 万人饮酒量的一半。波罗的海什切青海港（The Baltic Port of Szczecin）和波兰一样，酗酒现象一度非常严重，当地政府不得不采取严格的禁酒令加以控制，其结果和美国 1920 到 1933 年的状况一样。从 1980 年 1 月开始，前南斯拉夫华沙政府实行控酒法案，该法案规定了 45% 以上的酒类产品禁止在节假日、周末和发薪日销售，但很快内战爆发，法案未能实施，政府又颁布一项禁令，禁止所有烟酒类产品广告。

长期大量饮酒势必会增加罹患各种心理疾病的风险，然而没有明确的衡量尺度来告诫饮酒者，多少为适度，多少算过量，但这个标准量似乎要比先前估计的水平低很多，换算成标准酒精单位的话，一个酒精单位含量相当于半品脱啤酒量或一杯葡萄酒，更确切地说，应当是 8 克乙醇，这只是一个粗略估算而已，实际上某些酒类的酒精含量相当大，500ml 的加强贮藏啤酒就有 4.5 个标准酒精单位，所以，居家饮酒量更是大大超过这一粗略标准。

1995 年英国卫生部（The UK Department of the Health）颁布的有关“明智饮酒”的饮酒指令规定，男性的安全饮酒量是每周 21 个标准酒精单位，女性为 14 个标准酒精单位。而美国肝病基金会所制定的安全饮酒量标准更为苛刻：男性每天少于 2 个标准酒精单位，女性少于 1 个标准酒精单位。不要责怪我，这些规定不是我设置的，喝酒伤肝可不是我的错！

长期有规律地大量饮酒会增加酒精依赖风险，除了会造成心脏、肝脏和神经系统损伤以外，还可能会罹患胃溃疡、胰腺炎等一系列疾病。在肝硬化发病率方面，哪个国家的人均饮酒量越大，其肝硬化死亡率也越大，法国、葡萄牙和意大利均是肝病高发国家，而英国、爱

尔兰和荷兰的肝病发病率则较低，英国最低。这种现象很奇怪，因为英国的人均饮酒量相对较高，要高于美国。美国肝硬化发病率比较高，肝硬化分别是纽约州和加州的第 3 和第 4 大青壮年死亡原因。在加拿大安大略省，肝硬化更是 25 岁以上成年人死亡的最大元凶。

第六章 烟草

1604 年，英国国王詹姆斯一世（King James I）发表《抵制烟草》（Counterblaste to Tobacco）一文，对吸烟这一“肮脏罪恶的行为”进行了相当严厉的鞭挞：

它让眼睛流泪，让鼻腔受罪，它伤害大脑，威胁肺脏，
那漆黑的烟雾弥漫着窒息的恶臭，那阴森的气息夹杂着地狱
的恐怖……

和其他继任者一样，詹姆斯国王对待烟草的态度没有丝毫调侃和娱乐的余地。烟草或鼻吸或咀嚼，也可以像雪茄或纸烟那样烟吸，不管哪种吸食方式都曾在某一阶段流行过，但是在 20 世纪，吸雪茄烟成为最流行的烟草吸食方式。西方社会的烟草历史可追溯至 1492 年哥伦布发现新大陆时期，哥伦布对金子有非常强烈的欲望，最初并没有发觉当地人吸烟，后来探险结束，即将要离开时才注意到这一特别的习俗。西班牙水手第一次吸烟时感觉很不舒服，可他们竟也逐渐地迷上了吸烟。

欧洲的第一个吸烟者可能是罗德里戈·德·杰雷兹 (Rodrigo de Jerez)，他是哥伦布的同行好友，回到西班牙后，国内同胞对他吸烟的怪异做法非常震惊，以为他被魔鬼附了身，就跑去牧师那里汇报，而牧师则把这个事件反映到宗教法庭 (The Holy Inquisition) 处进行审判。于是，他被关押进监狱，判了几年监禁。刑满出狱时，他发现吸烟居然已经成为一种流行的消遣方式，这让他愤懑不已。

吸烟有害健康，吸烟容易上瘾，这早已不是什么新鲜说法了。1526 年，西班牙历史学家奥维多 (Oviedo) 说吸烟是“一个致命的不良习惯”，国王詹姆斯也用“抗击”一词道出了对吸烟的痛斥，凭借敏锐的经济头脑，他制定了烟草税。其他国家纷纷效仿，制定更为严格的烟草政策，尤其是俄国 (Russia)、土耳其 (Turkey)、波斯 (Persia) 和德国某些地区，吸烟要判死刑。相比之下，特兰西瓦尼亚^①对吸烟者就比较宽厚，仅没收全部财产充公，也有酷刑以告诫吸烟者要珍惜生命。当时通过对死亡的吸烟者进行尸检，医学家证实了吸烟的确有害健康，认为能“让大脑变黑”，以现代医学观点来看，或许并不恰当。

烟草交易是暴利买卖，20 世纪吸引了大批商业和政治集团参与其中：中国有 1 600 万人种植烟草；欧洲甚至移植烟草，在 1990 年其烟草产量也高达 41.9 万公吨；希腊和意大利种植烟草的人口数量分别占到全国总人口的 35% 和 17%。烟草种植业是中国、津巴布韦 (Zimbabwe)、马拉维^②和希腊 (Greece) 的支柱产业，占整个国家农业财政收入的 10%—25%。

烟草的经济地位相当重要，首先因为它是一种高利润农作物，在

① 译者注：Transylvania，一战后成为罗马尼亚的一部分。

② 译者注：Malawi，非洲国家。

津巴布韦，咖啡也是主要经济作物，其农业利润大约是粮食作物的 10 倍，而每公顷烟草的收入是咖啡的 2 倍。

信步走进当地烟草专卖店，首先映入眼帘的是一排排包装精美的香烟、雪茄烟和纸卷烟，种类繁多，任你挑选，让人目不暇接。事实上，所有这些西方香烟基本都是由 7 大跨国烟草公司所生产，这些公司垄断了烟草从烟叶种植到香烟销售的整个产业链，国际市场上 85% 到 90% 的烟叶也由其中 6 个公司直接或间接控制，他们还通过广告来控制整体的烟草销售。为了降低广告成本，他们把烟草销售模式定格为联邦商业委员会监控下的烟草专卖店零售。据粗略估算，这几家公司每年的广告投入大约为 180 亿美元。

公众从这项高额利润产业中能得到什么利益呢？这个实在难以确认。烟草类广告往往没有明确主题，让人感到莫名其妙，不知所云，其实只不过是让人记住一个烟草品牌而已，还希望人要包容和尊重这一特殊的社会吸毒现象。然而，也有目的很明确的烟草广告，比如 1995 年一则金边臣牌（Embassy，巴基斯坦名牌香烟）香烟的广告词说道：“你的女朋友去洗手间时，请帮*她*拿好烟。”（请注意斜体字为跳入式补充，很明显是在暗示和引导女性吸烟。）

香烟广告的目的之一是排挤竞争对手，维护这些烟草垄断集团业已成熟的市场地位。除此之外，他们还努力为特定人群制定专门口味的香烟。对广告效果的经典研究指出：

……如果某种产品有潜在的市场需求……广告就能加速

这种需求……反之，广告也能暂时减缓这种需求。

广告的效果到底怎样，一时难做科学调查，不能下定论。根据产品种类，广告似乎能产生以下三方面的效果：影响该产品目前的市场需求、影响个人对该产品的态度、影响社会对使用该产品的态度。最近的广告和吸烟调查结果显示，禁烟广告效果虽不明显，但还是从某种程度上减少了烟草销售量，而其他诸如香烟价格或吸烟者收入等因素的影响比广告更大。

1988 年，加拿大烟草控制法案规定禁播烟草广告，随后两年内烟草销售量下降了 15%；1990 年新西兰无烟环境法案也规定禁播烟草广告，当年烟草销售量便下降了 8%；同样，尽管人均收入水平上升，烟草价格也降低，但 1978 年芬兰的烟草销售也因禁烟广告而降低了 7%，北欧国家的烟草需求也明显降低。

英国政府不管是保守党执政还是工党执政，都面临反烟禁烟的压力，也制定了相关限烟措施并禁播烟草广告，但收效甚微。部分原因是出于对社会现实的全面评估，再就是全民整体健康状况良好，没必要禁烟，或许说是迫于烟草产业的压力和维护执政党的经济利益更准确。上届保守党在 1992 年大选关键时期，得到了烟草公司的大力支持，它们为该党提供了 2000 个海报宣传栏。

据说，跨国烟草大公司有其经济利益的自我保护策略，联合国一项调查报告显示，烟草销售卷入“国际商业贿赂”案件，有几家跨国烟草集团的涉案金额高达数百万美元，收受贿赂的涉案人员有美国及其他国家的政界官员和政治集团。

人们普遍认为吸毒行为可以通过加大毒品的税收力度来控制，提高的税收最终会转嫁到吸毒者身上，这种措施看似合理，却无法解决实质问题，正如中国一句俗语所说，“按下葫芦起来瓢”，由此招

来的棘手问题同样多。1960 年以来，烟草税一直稳定上涨，1975 年美国烟草财政收入几乎是酒类的两倍；2004 年英国政府的烟草税收为 80.93 亿英镑。由此可见，烟草行业对执政党施加压力的底气很足。

对发展中国家来说，提高税收的机会很少，烟草税收可谓举足轻重。例如，1983 年海地全年的国家财政收入中烟草税收就占 41%。发达国家也不例外，烟草税相当可观，英国烟草税大约占国家财政收入的 6%。

烟草需求如此之大，市场如此火爆，也带来了一系列有趣的现象，那就是烟草黑市的繁荣发展。每年国家市场上的香烟大约有 2/3（相当于 3550 亿支香烟）都来自黑市，意大利的走私烟更是达到市场销售量的 35% 到 40%。2004 年英国香烟销售量为 710 亿支，其中 105 亿支为走私产品，占 15% 的市场份额。这样，烟草需求仍在增长，却迫使其价格下降，也不利于国家相关税收政策的实施。

在美国，各个州对每包香烟的征税税额不尽相同。纽约州的香烟国税和地税相加总额最大，所以香烟的价格也最高。北卡罗来纳州 (North Carolina) 是香烟价格最低的城市之一，若从该地运送一卡车香烟到纽约贩卖，利润可高达 6 万多美元。由于这种私自贩卖行为，过去 10 年内纽约半数以上的传统烟草批发商破产倒闭，纽约州烟草批发零售协会的 9 个批发商曾受到黑市烟草贩卖者的恐吓敲诈。据说，纽约五大黑手党家族全部转行经营烟草，他们的年利润高达 1 亿美元，并且还将扩大经营范围。

英国烟草税收高于其他欧洲国家，但该国的烟草逃税行为则比较轻微，至少有一家企业已经把香烟从卢森堡快递到英国，从而逃避高额税收。尽管法律规定这种行为违法，但英国政府每年都从烟草行业

征收巨额税款，所以经常对此视而不见。英国人吸的香烟，平均每 8 支当中就有 1 支是走私烟，越来越多的犯罪集团参与到烟草走私贩卖中，1999 年 3 月份，英国国家年度财政收入锐减 10 亿多英镑。除了关税方面加拿大稍微高一些，其烟草销售情况和美国差不多，两国烟草走私和边境非法交易如此猖獗，迫使加拿大几个省区降低了烟草税。

美国每年的香烟销售量为 6200 亿支，占世界总产量的 1/6，1978 年美国的香烟支出高达 1580 亿美元。然而，在英国、美国以及其他工业化国家，香烟消费量逐年减少：英国吸烟男性的比例从 1978 年的 65% 降到了 1985 年的 35%，到 1992 年时仅为 28%，且男女吸烟比例基本持平。而截止到本书撰写时，其成年吸烟人数为 1200 万，其中男性吸烟比例为 28%，女性为 24%。这种吸烟比例的整体下降趋势主要是由于年长者戒烟比例较高，而年轻人开始吸烟的比例较低，80% 以上的烟民从青少年时期就开始吸烟，吸烟比例在青年中最高。20 岁至 24 岁的青年群体中，男女吸烟比例分别为 38% 和 34%，而在 60 岁及以上的老年群体中，吸烟比例仅为 15%，部分原因是很多烟民在中年时就已经戒烟，还有部分原因是有些烟民没有活到 60 岁。

在青少年群体中，吸烟比例未出现明显的下降趋势，且少女吸烟比例更高。尽管英国法律禁止向 16 岁以下的未成年人销售香烟，但在 11 岁的学龄儿童中，大约有 1/4 的人都吸过烟，且经常吸烟的女孩儿数量高于男孩儿。不同社会阶层内其吸烟下降比例也有所不同，1958 年，各社会阶层的烟民比例基本一致，而 1985 年，专业领域和管理阶层的上等社会吸烟比例下降到 20%，社会最底层弱势群体下降到 40%。澳大利亚人的吸烟比例最低，1993 年仅为 24%，2001 年下降到 20%。

由于意识到吸烟对人体的危害，西方国家的烟草广告及销售都处于政府的严格监管之下。而第三世界国家对此认识不足，缺乏有效的监管系统，吸烟比例一直呈上升趋势，烟草市场的潜在利润巨大。

欧盟几乎所有国家内部都制定了相关控烟政策，然而令人费解的是，对烟草种植业却给予补贴扶持，尤其是对意大利和希腊。烟草是欧盟享受补贴最多的种植作物，每年的补贴金额高达 10 亿欧元。

什么是吸烟？

一支小小的燃烧着的香烟就是一座微型化学工厂。从 15 种烟草中已经提取和确认的化合物为 4 720 种，不同的烟草种类和制作程序，其所含的化合物种类及含量也不同。除某些特殊香味的化学物质之外，还有氰化物、一氧化碳、氨以及甲醛等，其中有些是在生产加工过程中添加的，而加入氨类的碱性成分是为了增强尼古丁的刺激作用，让吸烟者更容易接受。

尼古丁、一氧化碳和烟草焦油是烟草中最具医学意义的化学成分。这些化学混合物如何作用于人体不仅取决于烟草本身的化学性质，还要看吸烟者的吸烟方式。吸烟者的抽吸力度越大，香烟燃烧的温度就越高，从而直接影响燃烧生成物。相比于吸完一口就把烟拿开的人，把香烟夹在双唇之间的吸烟者会吸入更多的边缘烟雾，而边缘烟雾产生于烟头，其中所含化学成分的密度比烟卷中的烟雾更大，香烟即将燃尽时所产生的烟雾中的化学物质浓度也比较大。

烟草中的化学物质可以在人体口腔内和肺部反应，也可以在空气中反应。香烟烟雾呈酸性，其主要成分尼古丁几乎全部被肺叶吸收；

雪茄烟和烟斗或烟袋的烟雾呈碱性，能被口腔黏膜吸收；相比于雪茄烟和烟斗或烟袋，香烟对肺部的刺激性更小，所以人们大都烟吸香烟。

有人从未怀疑过香烟的诱惑力。1527 年，一名西班牙主教这样描述欧洲人怎样开始吸烟：“当被责问为什么会染上这种坏习惯时，他们回答说难以抗拒烟草的魔力，无法戒烟。我真不明白他们究竟从吸烟中获得了什么乐趣。”对不吸烟的人来说，他们难以理解吸烟行为，他们认为不过是干叶子燃烧产生的烟雾罢了，不仅气味难闻，吸了不舒服，也不能让人有麻醉感，甚至好多人第一次吸烟还生病，而亿万烟民却都着魔一般津津有味地抽吸。更让人惊讶的是，对青少年吸烟者的调查显示，每 100 人中有 85 人表示还会继续吸，只有 15 人才会停止吸烟。在所有容易上瘾的精神类药品中，注射海洛因是最易上瘾的吸毒形式，吸烟也是其中之一，人对它的依赖性比镇静剂和酒精都高。潜在的上瘾因素还有，吸烟者认为在社交和工作场合吸烟有助于提高社交能力和工作能力。尽管如此，烟瘾也好，其他药品依赖也罢，还是可以戒掉的。美国大部分烟民，约有 4 300 万人，未采用任何医疗手段而成功戒烟。

尼古丁是一种强力精神类药品，多种药效未经临床证实。总体说来，它和安非他明性质差不多，也是一种中枢兴奋剂。其他药效还有促进肾上腺素和去肾上腺素的分泌，使人心跳加快、血压升高。当问及吸烟者的吸烟目的时，他们往往回答说“它让我放松”或“使我冷静下来”。换句话说，吸烟有镇静作用。大剂量摄入尼古丁，会让人恶心反胃、颤抖痉挛甚至抽搐晕厥。尼古丁也是一种强力毒药，很多农业杀虫剂都含这种成分，对一名普通成年男性而言，60 毫克尼古丁就能致死，和氰化物一样，它能让人在几分钟之内丧命。而在烟雾吞

吐中吸入尼古丁，危害性好像很低。一支尼古丁含量高的香烟中尼古丁含量可高达 20 毫克，但被人吸入而作用于大脑的大约仅有 2 毫克。

吸烟者每吸一口烟，尼古丁就会在短短几秒钟之内作用于大脑，据估算，普通烟民每年人均吸入 7 万口烟，也就是每年摄入这些单位剂量的尼古丁并作用于大脑。几项调查试验表明，吸烟者吸食尼古丁含量低的香烟时，吸入次数增加，而吸食尼古丁含量高的香烟时，吸入次数减少。这说明尼古丁很可能对烟瘾有直接作用，然而这些实验还不能够精确确认尼古丁的药效。一项调查显示，强力香烟的尼古丁含量是普通香烟的 4 倍，接受实验的吸烟者吸入尼古丁含量低的香烟的次数仅比吸入尼古丁含量高的香烟的次数多 1/4。实验还存在其他问题，如果不破坏香烟中的其他化学成分就不能确定尼古丁的含量。影响香烟口味的主要是焦油，它和尼古丁的关系非常密切，由此人们认为吸烟上瘾和尼古丁没有直接关系。一些实验者甚至在干燥的莴苣叶中混入尼古丁点燃后给受试者吸，结果吸烟者只吸了几口，并不是因为烟中所含的化学成分，而是因为这种伪造的香烟气味太难闻。另一种调查尼古丁在烟瘾中所起的作用的试验是，给吸烟者一定剂量的尼古丁，然后观察他们对吸烟的反应。

早期研究调查尼古丁在吸烟中的作用的实验由伦敦的精神病学研究协会所进行，接受试验的志愿者都是烟民，他们被分为 3 组，分别接受不同剂量的尼古丁：第 1 组高剂量，第 2 组低剂量，第 3 组是不含尼古丁的安慰剂。试验的第一阶段是，志愿者都要吸烟，香烟中的尼古丁含量分别为高、低、无；试验的第二阶段是，几周后志愿者不再以吸烟的方式摄入尼古丁，而是直接接受静脉注射，注射的尼古丁剂量分别为高、低、无。调查者采取种种心理措施来观察吸烟者对尼

古丁的反应，在两个试验阶段中吸烟者随时可以吸烟。试验结果非常清楚，吸食方式更能减少或阻止吸烟者进一步吸烟，这就表明，香烟中的其他化学成分对烟瘾也起到了一定的作用。对试验的第二阶段进行分析，结果出乎意料，静脉注射尼古丁对吸烟者的吸烟行为没有任何影响。这些试验结果都表明烟民吸烟并非是对尼古丁产生依赖。但不管怎样，尼古丁还是对吸烟行为具有极强的影响力，其作用于大脑的效果就是强化吸烟行为。这对想戒烟的烟民有所启发，尼古丁替代产品已经用于辅助戒烟，例如尼古丁片剂、尼古丁口香糖、鼻吸式喷雾、鼻吸器、药片和糖块儿等，原理是，烟民对尼古丁都有心理依赖，而这种尼古丁替代品没有烟草的其他复杂成分，大大降低了对身体健康的损害，关键是起到了其应有的药效。

这种辅助戒烟方式已经在 20 多个国家临床试验过，现在至少有 35 个国家正在应用。美国采用该疗法之后的 7 个月内，粗略估算就已经有 300 万烟民体验过尼古丁贴片。尼古丁口香糖通常在戒烟的 1 到 3 个月内食用，每天可嚼食 5 至 10 块，每块尼古丁含量为 2—4 毫克。临床试用结果引起了极大关注，医生如果开尼古丁口香糖处方，会加以详细的说明讲述其用法，还会生动地解释为何戒烟率会提高一倍。尼古丁贴片会直接透过皮肤进入血液循环，从而起到吸烟摄取尼古丁的效果，缓解戒烟者的不适症状，帮助他们尽快戒烟。

所有尼古丁替代品戒烟疗法的效果表明，该疗法的成功戒烟率是安慰剂疗法的 2 倍。对于寻求家庭医生的戒烟者来说，安慰剂疗法的成功戒烟率为 13%，尼古丁口香糖为 23%。然而，该疗法对被动戒烟者或其他医疗背景下的戒烟行为的影响却非常小。尼古丁贴片使用简单，效果或许比口香糖明显，8 项科学调查均显示，其成功戒烟率提

高一倍。最新近的尼古丁替代品戒烟疗法采用的是一种气溶胶型的鼻腔吸入式喷雾。

以上尼古丁替代品辅助戒烟的成功率表明，尼古丁只是引起人们对吸烟上瘾的物质之一，还有其他因素助长烟瘾。比如，和尼古丁的药理作用一样，烟雾对烟民咽喉和上呼吸道的强烈刺激能满足他们对香烟的强烈欲望。香烟的味道、气味、吸烟者的交际能力以及拿烟的姿势等都对烟瘾起着一定的作用。吸烟者的心理状态以及吸烟具有的社会意义是其中最主要但却最不好理解的因素。

吸烟与疾病

几百年前，人们就知道吸烟有害健康，会引发各种疾病。詹姆斯国王断定吸烟会伤害大脑和肺，药剂师也宣称吸烟“让大脑变黑”。美国反吸烟组织强烈要求禁烟，认为吸烟是道德败坏的表现。显然，吸烟不仅是一个科学和医学问题，而且还是一个道德和社会问题，这两方面的因素交织在一起，使得争论者对吸烟的看法向来都过于僵化和教条主义，急于下定论又刚愎自用地各执一词且自感公正合理却没有统一定论。对吸烟的调查研究也过于片面，而吸烟的结果本身却显而易见。吸烟者极易罹患肺癌、慢性支气管炎和肺气肿，且罹患能导致截肢的循环系统疾病的几率是不吸烟者的 10 倍多，冠心病死亡率是不吸烟者的两倍。

有说法称吸烟和肺癌、心脏病关系不大，因为虽然相关统计数字总是将吸烟与患病联系到一块儿，但并不能说明吸烟是怎样引发这些疾病的。举个例子，相关统计资料表明，服用镇静剂的人比不服药的

人更紧张焦虑，这不代表镇静剂导致人紧张焦虑。同理，吸烟和疾病也没有必然联系，或许二者都是由其他因素所致。同样，其他统计资料显示吸烟率和自杀率成正比，不能证明吸烟引起自杀，吸烟率和帕金森病患病率成反比，也不能证明吸烟就能防止人得这种病。

不管怎么说，相互关联研究即便不能证实某些关联，但却有助于引起人警惕某些关联的可能性。毫无疑问，有关吸烟调查资料的力度和一致性都证明吸烟严重危害人体健康。

当然，官方医学观点对吸烟的态度值得思忖，正如人们所料，英国皇家医学院（The Royal College of Physicians）宣称：“吸烟和伤寒、霍乱、肺结核等致命瘟疫一样，是目前非常重要的致死元凶。”（《吸烟与健康》）此外，他们还得出这样的结论：吸烟和各种致命、致残疾病有直接关系。据某世界健康组织估算，每年有多达 1 000 万人死于吸烟所引起的疾病。英国医药协会也声明，所有年龄段的死亡人数中有 15% 到 20% 死于吸烟引起的疾病。这数字是指每年死于肺癌的人数为 6.3 万，死于冠心病的人数为 3.2 万，84% 的肺癌死亡者吸烟，17% 的心脏病死亡者吸烟。而这些数字低于任何一次灾难所造成的死亡人数，换句话说，英国平均每天死于吸烟的人数为 300 人，相当于一次空难全部乘客都遇难。

20 世纪以来，吸烟人数不断上升，肺癌发病率也越来越高。这进一步证明了吸烟致病说，即吸烟引发肺癌。然而这种说法存在很多问题：医学诊断并不完全可靠，事实上，有些疾病诊断就是误诊。过去 100 多年间，肺癌之类的疾病的诊断发生过多次变化。1904 年发表的一篇医学论文指出，通过尸检发现 178 名死者生前患有肺癌，而只有 6 人生前被确诊，其他人若不是尸检根本就不知道患了肺癌。随着现

代科技的发展和进步，越来越多的这种疾病得以确诊。所以，肺癌患者数量呈上升趋势，大部分原因可能是采用了先进的诊疗技术，比如X光片读片、B超、痰液检测和手术治疗等。然而，这又引出了其他问题：每一例肺癌基本都能被确诊，但也有可能被误诊为肺癌。病理学家对目前肺癌的临床诊断存有疑虑，认为不断改进的新诊疗技术激起了医生对肺癌的极大关注，从而可能会过于仓促地确诊肺癌，毕竟对非医学领域进行诊断也是一种时尚。

一项针对临床医学诊断准确性的调查（卡梅伦和麦古根，1981）表明，对某些疾病的诊断仍然存在很大的不准确性。尽管现代的肺癌诊疗技术日益先进，但相关医学尸检报告显示，大约有40%的死亡病例，其临床诊断致死原因不正确，肺癌是最容易被误诊的癌症之一，且通常都是漏诊。在卡梅伦（Cameron）的调查中，尸检确诊肺癌病例所占比例为59%，漏诊是过度诊断的3倍，分别为31%和10%。冠心病也经常被误诊，患者平时无明显病理症状，极易猝死。心脏病突发的误诊率为36%，其中过度诊断率为19%，漏诊率为17%。

以上这些数据不由让人怀疑，死亡原因在多大程度上可以用来衡量公众的健康状况？比如，是否对吸烟者罹患肺癌和冠心病进行了过度诊断，而对不吸烟者却漏诊了这两种疾病呢？如果真是这样，将会导致吸烟与疾病情况的整体偏差。无论怎样误诊，似乎都不影响20世纪肺癌死亡人数的持续增长。

假设没有这种偏差，那么男女肺癌误诊率应该大致相同。1890至1920年间，男性吸烟者数量大幅上升，1920至1940年间，才开始出现女性吸烟者，在这期间男性吸烟人数没有明显增长。人们通常认为吸烟反应滞后，大约30年后才可能罹患肺癌。如果吸烟真能致癌，

我们应该可以看到，在女性肺癌患者不断增长之前，男性肺癌患者数量首先急剧上升。1911 到 1915 年间，男性死于肺癌的人数是女性的两倍，并且还在上升，50 年代，男性肺癌死亡人数是女性的 10 倍，此时，男女肺癌死亡人数比例开始下降。所有这些变化都与 20 世纪早期男女的吸烟方式有关，也说明吸烟会导致肺癌。

经动物试验得知，香烟烟雾中含有致癌以及加快癌变的化学物质，这些物质可能存在于经冷凝萃取出来的液滴里，这种液滴有点像焦油，但其具体的化学成分究竟是什么尚未确定。牛津大学一专家小组极力支持吸烟致肺癌的观点，曾做过一项研究英国医生吸烟习惯的调查。理查德·多尔（Richard Doll，英国科学家，被称为反烟草危害运动“教父”）曾经在《伦敦皇家统计科学会杂志》（*The Royal Statistic Society of London*）上发表过一篇文章，文章指出，我们从出生到工作，时刻都处于一种致肺癌的环境中，所有外在因素交织在一起共同作用更是增加了罹患肺癌的风险（多尔，1971）。工业研究表明，从事石棉或光照环境行业的吸烟者，其罹患肺癌的几率比普通人更大。在所有的工作环境中，吸烟是最直接的致癌因素。

如果吸烟导致肺癌，那么我们可以推测，吸烟多的人患肺癌的时间早于吸烟少的人，然而在实际生活中，吸烟者患肺癌的总人数和他们年龄之间的关系不大，吸烟少的人和吸烟多的人罹患肺癌的年龄基本一致。另一方面，罹患肺癌的几率和烟龄以及每天的平均吸烟量之间都有密切联系。

这一观点通过动物实验得以证实：处于吸烟环境中的时间对罹患肺癌的影响相当明显。对吸烟者的跟踪调查显示，同龄人中，开始吸烟的年龄越小，罹患肺癌的可能性越大。60 岁的老年人如果从少年时

代就开始吸烟，且每天吸 20 支以上，那么他感染肺癌的风险就是同龄不吸烟者的 33 倍；如果从 20 几岁开始吸烟，患癌风险就是不吸烟者的 15 倍；如果 25 岁以后开始吸烟，患癌风险就是不吸烟者的 8 倍。将来自不同国家的统计数据进行对比，参照这一时间滞后因素，就会发现，1950 年的成人人均香烟消费量和 1975 年的肺癌患者数量之间有密切联系。

有时也可以这样说，烟草的保存方式直接影响吸烟者健康。英美国家境内所售最普通品牌的香烟中均含弗吉尼亚烟草，这种烟草的加工方式和所含化学成分都不同于欧洲国家烟草，它是经 5 至 7 天高温加热烘干制成，某些欧洲国家烟草如土耳其烟草，是露天风干制成的。高温烘干烟草所含糖分是露天风干烟草的 20 或 30 倍。不难想象，这种烟草加工方式和吸烟者罹患肺癌的风险存在直接联系。

法国和英国的香烟种类有所不同。有趣的是，法国肺癌患病率低于英国，这一点曾归因于其吸烟量和吸烟人数均少于英国。然而事实是，两国吸烟情况大致相同，吸烟习惯和罹患呼吸系统疾病的情况也大致一样。不管怎样，现在还不能确定这是否和烟草的加工方式有关，比欧洲的露天风干烟草，也不能确定弗吉尼亚高温烘干烟草是否更有害健康。

冠心病的发病率远远高于肺癌，肺癌是最困扰人的一种与吸烟有关的疾病，而冠心病是很多发达国家死亡率最高的一种疾病。我们都知道，吸烟者似乎更容易死于冠心病，但对于两者之间的实质关系还存在争议。有报道称，二者之间不是因果关系，可能只是反映目前有人既吸烟又患某些疾病。

心理学和医学上最有趣的实验手段应该是对双胞胎进行调查研

究，尤其是同卵双胞胎，母体赋予他们相同的先天基因。基因和吸烟是否会影响某些所谓的吸烟者易患的疾病呢？如果同卵双胞胎中一个吸烟而另一个不吸烟，我们对大量这种双胞胎进行跟踪调查，对这一问题的研究将有重大意义。如果基因的影响有限，那么双胞胎即便都不吸烟也可能会罹患肺癌或冠心病。瑞典一项针对 2.3 万多对双胞胎的调查就非常明确地显示，同卵双胞胎比常人更容易要么都吸烟，要么都不吸烟，也更倾向于选择相同的镇静剂、安眠药、酒精等其他精神药品，甚至在每天喝咖啡的数量、睡眠障碍和压力感等方面都惊人的一致。该项研究发现，烟民和非烟民的基因不同，包括一系列的个人性格、行为习惯等，其中很多因素都和肺癌、冠心病有直接关系，比如基因特点直接决定人对压力的承受能力，而对压力的承受能力与冠心病有很大关系。

吸烟者声明吸烟能帮助他们缓解压力，但没有确凿证据支持这一观点。在同等心理压力水平下，吸烟者的表现好于不吸烟者，而戒烟者如果不吸烟，其表现就不如不吸烟者。所以，吸烟不会缓解压力，而可能会引发压力。

尽管吸烟人群中罹患肺癌或慢性支气管炎的比例高于冠心病，但大量资料都表明吸烟是引发冠心病的一个重要因素。1981 年第 304 期的《新英格兰医学杂志》(*New England Journal of Medicine*) 刊载的一篇文章中，调查研究了吸烟对心脏病的影响，同时还考虑了年龄、性别（传统观点认为男性更容易罹患冠心病）、饮酒、心脏病先期征兆和糖尿病等因素。结果发现，顽固吸烟者罹患心脏病的几率是曾经吸烟后来戒烟的人的 2 倍；45 至 55 岁的人群中，吸烟者的患病几率是不吸烟者的 4 倍多。其他很多研究都表明，患病几率和吸烟数量息息

相关，吸烟越多，罹患心脏病的几率就越大。

但也有争议说吸烟和罹患心脏病没多大关系，而和呼吸系统疾病关系密切。吸烟是引发慢性支气管炎的最主要因素，并和吸烟数量呈正比。每天吸烟数量在 25 支以上的成年男性，其死于慢性支气管炎和肺气肿的几率是非吸烟者的 20 多倍。目前世界上这两种疾病的死亡率最高的地区是英格兰和威尔士，该地区每年大约有 2.5 万人因吸烟而患病死亡。这一问题在对瑞典双胞胎的研究中反映得最清楚不过了。同卵双胞胎中，一个吸烟而另一个不吸烟，结果很明显，吸烟者更易出现咳嗽不止、呼吸急促和胸痛等症状，异卵双胞胎的情况也基本是这样。所以，患病和基因关系不大，而与吸烟有关，可能是烟草中的某些化学物质会刺激人的呼吸道，使得呼吸道分泌大量黏液而堵塞肺部和支气管的自我清洁系统。毫无疑问，吸烟对人健康造成伤害的最大表现是引起各种呼吸系统疾病，有些疾病的后果相当严重，可能致残甚至致命。

香烟的烟雾中含有大量有毒气体一氧化碳，被人吸入后融入血液，浓度为 3% 到 6%，大概是污染最严重的城市交通状况下正常呼吸吸入量的 2 倍，是工厂工作环境中吸入量的 8 倍。一氧化碳最大的毒性在于它阻止氧气在血液中的循环，使心脏得不到氧气的营养供给。通常情况下，对年轻人或身体健康的人没多大影响，但会影响运动员的正常发挥，孕妇吸烟会阻碍胎儿的正常发育，而动脉硬化患者和处于心肌梗塞恢复期的病人，如果吸烟将对其心脏构成严重威胁。

总之，本书中所提及的各类精神类毒品中，对身体健康伤害最大的就是烟草，它比海洛因依赖更具伤害力。吸烟致病的机理尚不确定，但严重危害健康却是不争的事实。

健康警告与禁烟

吸烟有害健康这一警示能否有效阻止人们吸烟呢？这又是一个毒品热点话题。多数吸烟者都承认吸烟会对健康造成危害，甚至也清楚其最严重的后果是什么，但他们还是照吸不误。烟草这类毒品能让人产生某种精神和心理方面的快感，吸烟者根本就不会考虑什么健康问题，除非受到严重警告，否则不会很理智地权衡其潜在危害。

自本书第一版以来，书中对本节内容做过多次调整。从1971年开始，烟草企业与政府之间就吸烟有害健康的警告内容一直存在分歧，直到1991年才达成一致，不难想象，烟草公司肯定倾向于力度最弱的警告。尽管如此，健康警告对禁烟还是起了很大作用。

1971年最早的警告内容为“吸烟会伤害健康”，1983年就成为“吸烟会严重伤害健康”，1986年警告内容中又加入了6条新警示，列举了几种由吸烟引发的疾病，如心脏病、肺癌、支气管炎以及胸腔疾病等，还提示吸烟会导致早衰，孕妇吸烟会阻碍胎儿发育，等等。警示内容更加醒目，所占面积也更大，从1971年占包装面积的9%扩大到15%，广告篇幅的15%扩大到17.5%。

1991年，欧盟一份指令性文件要求，烟草产品包装上必须印制警示标语“吸烟危害生命”，这标志着烟草产品上的健康警告已经受到法律控制。现在又有了更多警告，比如对被动吸烟的警告——“吸烟危害他人健康”，“为了孩子的健康，请戒烟！”

这些警示内容刚开始出现在香烟包装上时，都采用相同的浅色字体印刷，不易被察觉。后来在新出台的法律文件的规定下，警示内容

必须在黑色背景下的白色范围内以黑色印刷字体出现，这样更醒目突出且给人一种压抑和不祥的感觉。现在这些警示内容的篇幅几乎占到正面包装的 30% 和背面包装的 40%，由于担心文字的震慑力不足，还配以形象表现吸烟疾病的插图。

自本书第一版以来所发生的重大变化还有对禁烟场所的规定，即工作场所、餐馆、酒店以及酒吧等公共场合都不允许吸烟。在英国，限烟和禁烟趋势体现得非常明显，无烟办公室、无烟商场、无烟电影院以及无烟公交车等越来越多。一些最早的禁烟政策包括在公共交通设施内设立无烟区。1971 年，伦敦所有的单层公交车都禁止吸烟，地面交通工具的无烟率从 50% 上升至 75%。然而，伦敦地铁彻底禁烟花了 16 年才达到，若不是鉴于 1987 年伦敦国王十字车站大火^①，或许花费的时间还要更长。

在其他国家和地区，公共场合的禁烟行动也迅速展开。截止到 2006 年，爱尔兰、挪威、瑞典和苏格兰都规定酒吧和餐馆禁止吸烟，其他很多欧洲国家，包括西班牙、芬兰、冰岛、荷兰和比利时等也都因地制宜地实行公共场所和工作场所的禁烟政策。所有禁烟政策法规的主要目的都是保护第三方的权益，尤其是工人的权益，他们在工作环境中受二手烟的侵害最严重。可喜的是，自实施以来，这些禁烟政策得到了普遍拥护和支持，不管是吸烟者还是不吸烟者，自觉遵守的人都越来越多。

酒对健康的危害性也极大，在美国一次医学协会会议上，有人建议，酒类包装也应该打上这样的警示标语：

^① 译者注：The King's Cross Fire，由掉下的火柴引发大火，夺去了 31 人的生命。

饮酒提示：饮酒请适量，不要天天喝；饮酒时请吃饭，必要时多吃主食或者补充维生素片剂。警告：不要养成饮酒习惯，让酒精远离儿童！过度饮酒会导致酒精中毒、神经性头痛、神经炎甚至严重的神经错乱等精神疾病，还会导致肝肾功能障碍。

好啰唆的警示！最终也没起到预想的震慑效果。人觉得自己没病也会吃药，不会因为药有毒副作用就不吃了。

在公共场所禁烟能够取得成功，主要的因素可能是它强调了吸烟对他人的危害。多数权威机构都表明，吸烟严重危害个人健康。但是，吸烟还不同于服食其他精神类药品，它能直接影响他人，不吸烟的人长久地被动吸烟就等于是吸烟者。假如一个人在相当长的一段时间内，每天在一个相对狭小的办公室内工作 8 小时，而周围有几位烟瘾很大的同事，那么这个不吸烟的人就相当于同时吸好几支香烟，若他患有哮喘、过敏以及胸腔疾病，则在这种环境下更是痛苦不堪。

1981 年一项调查对 91 000 名日本家庭主妇进行了研究，并将其结果发表于《大不列颠医学杂志》(*British Medical Journal*) 上。该论文指出，丈夫吸烟的女性更容易罹患肺癌，丈夫吸烟越多，妻子患肺癌的风险就越大(平山, 1981)。最早有人质疑该调查结果的可靠程度，但随后的多项调查研究都表明，吸烟对被动吸烟者的健康危害非常大。后来尼古拉斯·瓦尔德(Nicholas Wald)教授在该杂志上发表的一篇文章中指出，被动吸烟者罹患肺癌的风险比正常人高 35%。美国一篇文章也报道说，相比于家长不吸烟的孩子，父母吸烟的孩子罹患呼吸

系统疾病的几率高 20% 到 30%。

1986 年 6 月，伦敦《泰晤士报》(*The Times*) 刊载了一篇文章，文章题目为通栏大标题“被动吸烟，没什么大不了”。烟草理事会立即将此事上报给所有政府议员，几天后，澳大利亚烟草研究所发表了一篇关于《时代》杂志所做的调查研究的宣传公告，澳大利亚消费者协会将烟草研究所告上法庭，当然，结果肯定让烟草行业大为不快。听完双方的陈词，法官裁定“科学证据确凿地证明了被动吸烟能引发肺癌”，并且也“足以证明被动吸烟极易导致哮喘以及儿童呼吸系统疾病”。法官还对烟草公司不负责任的做法和没有医学根据的诉求加以斥责。

1980 年美国总统大选，加州选民的全民公投议题中就包括禁烟，具体内容在第 10 项专项议题陈述中。如果通过，在任何封闭场所吸烟都将视为违法，违法者将收到罚款通知书，被处 15 美元罚金。美国其他几个州也相继制定了类似法规，这项议题在加州大选前两年就已经提出，当时投票表决以 46 比 54 而未获通过。在这两次禁烟运动中，烟草公司都投入大量资金用于转移公众意见。据说 1978 年耗费了 600 万美元，1980 年耗费了 200 万美元。这项投入达到了先期目的，第 10 项专项议题未获准，可见，烟草公司之所以投入巨额资金是因为赌注也相当高。与其他州相比，尽管加州在吸烟人口比例上相对较低，但每年在烟草方面的花费也高达 15 亿美元。

不管公共场所禁烟是否与医学证实吸烟有害健康有关，被动吸烟者总要忍受烟雾缭绕的污浊空气。我们对其他控制空气污染的策略比较熟悉，英格兰自 13 世纪就颁布法案规定污染空气违法，19 世纪的工业革命让空气质量下降到历史最低点，一直到 20 世纪我们还在受

某些污染问题的困扰。谢天谢地，有一种污染得到了有效治理，已经不复存在，那就是“伦敦特有的”、臭名昭著的黄色浓雾，它严重危害健康，曾经让人极度惶恐。

1952 年的伦敦大雾造成大面积种植作物死亡，英国政府不得不制定并实施《空气清洁法案》(*The Clean Air Act*)。某些权威科学家把香烟烟雾比作空气污染，而迄今为止，吸烟和空气污染对健康危害的具体情况我们还没彻底弄清楚。

研制危害性小的香烟

20 世纪 50 年代中期，人们就开始研制危害性小的香烟，当时人们都知道吸烟有害健康，到了 60 年代，这种观点已经根深蒂固。随着人们越来越警惕吸烟对健康的危害，过滤嘴香烟问世了，这种香烟的最初目的是以独特的外观设计吸引消费者，从而抢占一定的市场份额。然而这种加了过滤嘴的香烟让人觉得香烟的危害性降低了，所以立即受到吸烟者的追捧，销量可观，取得成功。50 年代初期，过滤嘴香烟的市场份额还不到 1%，而到 70 年代中期，就达到了 95%。

这对烟草公司的创新能力提出了挑战：既然眼下流行抽过滤嘴香烟，那么可以偷工减料，少装些真正的烟草；香烟本身和过滤嘴都加长；可以把之前的废料都装入其中，或者不用装得那么紧实，只要有过滤嘴，吸烟者是不会在意这些的。于是，带过滤嘴的香烟的实际烟草含量只有 30 年代的一半。

香烟强度也降低了，在美国、英国和多数欧洲国家，50 年代每支香烟的焦油和尼古丁含量是 70 年代香烟的两倍多。这种变化趋势和

过滤嘴香烟的流行趋势是共同发展的，这就说明现在的香烟中所含的焦油和尼古丁比 30 年前少得多。另一种危害性小的香烟就是焦油和尼古丁含量低的香烟，然而这种香烟的流行要受吸烟者的限制，因为烟草公司可以把香烟中的所有尼古丁都提取出来，但焦油就不可以了，焦油的含量直接影响香烟的口味。烟草中的某些物质燃烧产生焦油，此时焦油可以提取出来，焦油燃烧又产生一种无味的惰性气体，不含焦油的香烟对吸烟者没有吸引力。问题就在于无法提取出焦油燃烧时所产生的有害气体，而香烟中的每一种化学成分中都含有致癌物，所以说零危害吸烟是不可能的。

有证据表明，带过滤嘴的香烟的危害性相对较小，这或许是因为吸入由焦油燃烧所产生的气体的方式不同于普通香烟。最新研制出的一种“三重过滤嘴”香烟，据说每一重过滤嘴都能滤掉一部分有毒气体，最后只有尼古丁能进入口腔等呼吸系统。然而，过滤嘴也有弊端，就是不能过滤一氧化碳，并且进入人体的一氧化碳比吸普通香烟还要多。由此可见，过滤嘴香烟并没有降低吸烟的危害性，而只是改变了有毒成分的组合比例而已。某些带封闭式过滤嘴的香烟，会让人吸入更多的一氧化碳，其危害性比普通香烟更大。《美国公共健康杂志》(*American Journal of Public Health*) 上刊载的一篇调查报告指出，如果焦油含量低的香烟未燃烧一头的小孔被吸烟者堵住，那么吸入的有毒气体量就会增加两倍。人吸烟上瘾主要是尼古丁作用，而很大程度上是焦油和一氧化碳令人丧命。目前研制危害性小的香烟，或许其目标应该更直接吧，那就是研制焦油含量低、生成的一氧化碳气体少、尼古丁含量适中的香烟。

官方界定的焦油含量标准更低，但不管怎样，焦油含量低的香烟

对身体也没有好处，这些焦油和尼古丁含量的衡量标准都是由自动吸烟仪器来确定的，但也不完全等同于真正的吸烟者在吸烟。吸烟这一行为本身从很大程度上来讲，是由吸烟者对尼古丁的需求以及其要维持的血液中一定浓度的尼古丁含量来决定的。吸入焦油含量低的香烟时，为达到令吸烟者满足的尼古丁在血液中的含量，吸烟者自然就会调整吸烟行为，而自动吸烟仪器则不会。由于焦油吸入量和尼古丁吸入量的关系密切，为了达到理想的尼古丁吸入量，相应的焦油吸入量也会增加，这种反应被称为“补偿效应”。正是因为补偿效应，才使得焦油含量低的香烟可能更容易增加吸烟的危害。

吸烟者在吸焦油含量低的香烟时，吸入频率更高吸得也更深，甚至还会堵住过滤嘴附近的小孔，而那些小孔本来是用来减少吸入气体量的，可想而知，吸烟者吸入的焦油量有多少了。

所谓的焦油含量低就是指香烟燃烧时生成的焦油量少吗？二者之间的必然联系值得怀疑。而跨国烟草公司就是要给消费者灌输这样的理念：该类香烟中的烟草是一种改良的独特烟草，焦油含量非常低。没错，的确有些道理，降低烟草中的尼古丁和焦油含量有好几种方法，其中一种就是选种栽培烟草并采用特殊的培植方式。为什么这种香烟的焦油含量就低了呢？一个多数人不知道的原因就是香烟中的烟草含量低。

美国一家消费者杂志为此做过专门调查，从当地商店购买两包香烟，一包焦油含量低，一包是普通香烟，然后分别将其中的烟草倒在桌子上放置两天，最后称重。结果显示，焦油含量低的香烟的质量比普通香烟少 $\frac{2}{3}$ ，并且前者还含有大量“烟草片”，这些“烟草片”是用回收来的在制烟过程中丢弃的劣质烟草加工而成的。了解这些之后，

你可能会大吃一惊，不得不佩服那些烟草商过人的生意头脑，他们居然能让吸烟者心甘情愿地选择抽这种香烟！看到大家对过滤嘴香烟趋之若鹜的样子，他们也许正偷着乐呢！

其他研究机构还在研制有效的烟草替代品。英国在 60 年代曾试验过，当时英国化学工业公司（ICI）急切地想找到纤维素的新用途，帝国烟草公司（Imperial Tobacco）也希望能找到烟草替代物来解决香烟原材料短缺问题，于是便促使了烟草替代品的出现。多数替代品不含尼古丁，焦油含量也低于普通烟草，点燃这种香烟也会产生烟雾，只不过其所含的化学成分比较简单。长远来看，这些替代品可能是安全的香烟替代品，可目前还没有一种成功的替代品能让吸烟者满意，让制烟者获利。人们曾经吸过圆白菜叶、西红柿叶、菠菜、野生绣球花、可可豆和莴苣叶等，也或多或少从中得到些乐趣，但没有一种能取代烟草。不管怎样，人们还在兴致勃勃地研制危害性小的烟草替代品。

第七章 大麻

印度大麻也是一种毒品，属于精神类药品，它有十多种俗称，如大麻烟（Marihuana）、哈希什（Hashishi）、动力（Pot）、烟叶（Weed）、麻丛（Bush）、茶点（Tea）、玛莉·珍（Mary Jane）、大麻草（Grass）、垃圾（Shit）、麻醉药（Dope）、大麻酒（Bhang）、印度大麻（Ganja），也有不同制剂，可嚼食，可饮用，还可以吸食，欧美国家通常都吸食。大麻是某类一年生草本植物的统称，其实这类植物有很多种，其外在特征和化学成分都不尽相同，多数生物学家都认为它们应该属于同种植物，但也有人认为应该分为 3 个品种。

大麻与啤酒花同属大麻科植物，不管是天然野生还是人工栽培，它都能蓬勃生长。野生大麻的生命力非常顽强，由于其生长过于茂盛，几百年来，很多国家一直都在下大力气清理。它原产于亚洲，是人工种植最早的非农作物之一。公元前 1400 年，最早的一批印第安土著居民发现大麻的化学性质很独特，于是印度教《吠陀经》中记载，信奉印度教湿婆神^①的教徒在宗教仪式中服食大麻。

^① 译者注：Hindu Deity Shiva，湿婆神是印度教三大主神之一，在印度的宗教、哲学、艺术和文学中都居于显著地位。湿婆教是世界上最古老的宗教之一。

1606 年，一名叫路易斯·赫伯特（Louis Hebert）的药剂师首次将大麻引入北美进行人工种植。除了用它制药，还可以用这种植物的纤维做绳索，当时英国皇家海军（The Royal Navy）的船只牵拉船桅的绳索都是用大麻纤维制作的，国王詹姆斯一世命令当地殖民者大批种植此种植物。1630 年，大麻成为东海岸一种主要的特产农作物。维吉尼亚（Virginia）政府出资补贴大麻种植，不允许种植其他作物，否则就会受处罚。总体说来，早期殖民者并不知道大麻还有麻醉中枢神经的作用，或者是他们对此根本就不感兴趣。

1000 多年前，随着伊斯兰教徒入侵西班牙，大麻制剂也传入欧洲。弗朗索瓦·拉伯雷（François Rabelais）是 16 世纪法国著名的内科医生，同时也是一名讽刺作家，他在作品《巨人传》（*Gargantua and Pantagruel*）中曾提及大麻，但当时并没有引起人们的注意。直到后来的 1798 年，拿破仑入侵埃及的军队返回法国时，很多士兵带回了大麻。19 世纪中期，医学界才开始对此进行研究，也激起了某些作家、文学家以及其他知识分子的浓厚兴趣。1844 年，Hachischins 俱乐部在巴黎成立，法国诗人戈蒂耶（Théophile Gautier）和查尔斯·波德莱尔（Charles Baudelaire）都曾描述过吃大麻后所产生的奇妙幻觉，波德莱尔说大麻就“像一块绿色的肉点心，有坚果那么大，味道并不好”，戈蒂耶也说它像“一块绿色的果酱，有大拇指般大小”。或许是受美国文化的冲击，直到 20 世纪 60 年代中期，欧洲才有少数知识分子开始服用大麻。

据估计，目前全世界有 2—2.5 亿人服食大麻，多数都是亚洲人和非洲人。大约 40 年前，西方人也开始对大麻产生浓厚的兴趣。截止到 20 世纪 70 年代，美国约有 2400 多万人服食大麻，其中 800 万

左右的人定期或不定期经常服食。1977年,美国18—25岁的青少年中,一半以上的人都服用违禁大麻。在英国,滥用大麻的现象也非常普遍。2002年3月,英国犯罪情况调查发现,300万左右的人曾在前几年服食大麻,200万左右的人曾在前几个月服食,大麻是滥用得最多的违禁药品之一,20—24岁的青年人滥用情况最严重,滥用人数比例超过1/4。

大麻是一种独特的精神类药品,经严格的药剂学萃取实验分类,证明其药效繁多。通过不同的制药流程,可以被制成兴奋剂、镇定片、止痛剂或温和的致幻药。表面看来,这些药品制剂和其他精神类药品都差不多,实则不然。大麻药物的化学成分非常复杂,但其主要成分是一组大麻类物质的混合物,为简便起见,俗称为四氢大麻酚(Tetrahydrocannabinol, THC),该类物质是最核心的成分。大麻的产地不同,其药效也不同,这说明影响其药力的因素主要是种子基因和生长环境。通常情况下,种子内THC的含量多,长成的大麻药效就强烈。英国和加拿大的气候条件最适宜种植药效强烈的大麻。

人们普遍认为大麻的合成树脂制剂比其草本制剂的药效更强烈,也有一些人进行过深入研究并指出这两种制剂药效不同。其实以上两种观点都不正确,树脂制剂和草本制剂的化学成分是一样的,药效不应该有强弱之分。然而树脂制剂中的THC稳定性比草本制剂中的弱,一个月内其药效强度下降得更快。

人们描述吸毒时总是着眼于其服食后的恐怖反应,尤其是大麻,它的药效反应更强烈:

他怎么了?看到什么了?美妙的情景,还是壮观的景

象？……这是一种错觉，是彻头彻尾的错觉……大麻作用于大脑和身体器官，让人产生不同程度的怪异行为，能够最真实地反映服食者的内心状态。大麻就像一面镜子，能照出服食者最清晰的外表；又像放大镜，能反映服食者最本真的精神和思想。但毕竟只是一面镜子，仅此而已。

（查尔斯·波德莱尔）

服食大麻后，多数人都表示会变得放松、平静且意识高度敏感，尤其是在药力作用下听音乐，感觉极为强劲，超级愉悦，许多人极度兴奋，即便是对平时最普通的事情也会感到兴奋，服食者的反应是如此惊人的一致。其他反应还包含时间延长的错觉，也有人表示性快感更强烈，所以大麻还可以用作性幻想药物，来辅助治疗性冷淡。

埃里克·古德（Erich Goode）是一名美国社会心理学家。他认为，所有关于大麻药效反应的说法都没有科学依据，什么幸福、荒唐、兴奋、放松、享乐、敏感、愚蠢以及夸张的幽默表现，等等，都是荒诞不经的。人们通常在享受美食、听音乐会、看电影、进行性活动、参加朋友聚会等休闲娱乐活动中吃大麻，它能让人感到更快乐。从这个角度来说，它应该是一种娱乐药品，而在工作场合或其他严肃活动中，人们基本不会吃大麻，因为这会妨碍工作。

说到吃大麻，多数人都极力描述其愉悦的一面，但并非没有任何不适感，其实服食者会产生很多不良反应，眩晕迷惑、胡思乱想、高度紧张、记忆受损、莫名抑郁、心跳加快、头痛恶心等都很常见。但不管怎样，多数人都在尽情享受吸大麻的乐趣，这的确是不争的事实。

反对吸大麻的人一般会这么说：大麻或许能给人带来愉悦感，但

却危害身心健康；大麻的毒性可能比较小，但容易让人转而服用其他高危毒品。

大麻对身体的危害

许多医学或科学杂志文章都证明，服用大麻有一定危害性。诚然，是药就有三分毒，任何一种药物都不是绝对安全的，就连普通食盐，过量的话也会致命。生活中不乏这样的事例，任何物质摄入过量都会造成危险后果，甚至有人因吃饭过饱、饮水过量而生病。

大麻的短期药效往往不明显，最常见的反应就是眼睛充血红肿，这似乎不符合医学药理，因为大麻不含致膨胀的化学物质。其他反应还有口舌发干和脉搏加速，如果大剂量服用还会引起血压升高等，以上反应均在服药几小时后便消失。服食大麻不会明显影响人的正常言行举止，血液的生化特性也不会发生显著变化，对肝肾功能的影响似乎也很微弱，脑电图也显示服药后脑电波几乎没有任何异常变化。但是否会引起大脑的化学组成发生变化呢？目前还没有得到科学证实。

从致命剂量方面来看，大麻是极其安全的毒品。药物安全性通常以其有效剂量和致命剂量之间的差值来衡量，差值越大就说明该药物越安全，反之，则越危险。比如巴比妥酸盐的差值就很小，而大麻的差值则非常大，据估算，其致命剂量是有效剂量的4万倍。所以，大麻是已知的毒性最弱的毒品，从没听说过有人因服用大麻过量而丧命。

让人费解的是，有关大麻长期药效方面的可靠信息几乎没有。长期大剂量吸食大麻似乎会导致支气管炎和其他呼吸系统疾病，也可能和吸烟一样会引发肺癌。树脂制剂大麻会产生和香烟一样的焦油，但

缺乏有力证据证明吸大麻会导致肺癌。通过对哥斯达黎加的大麻吸食者进行调查研究，有相当可靠的证据表明，吸大麻的吸烟者比纯粹吸烟者的肺部要健康很多，而也有哮喘病患者表示，吸大麻能缓解哮喘不适。这一发现让人无比惊讶，但仍需进一步探究。但依据目前的所有数据，整体看来，经常吸食大麻会增加罹患支气管炎的风险，如果还同时吸烟，这个风险就会更大。也有证据表明，数十年吸食大麻会增加呼吸道癌变的风险。

说到大麻对肺部的危害，我们不得不多列举几个国家，尤其是墨西哥。20 世纪 80 年代墨西哥政府一直喷洒剧毒除草剂百草枯来清除这种作物，于是大麻吸食者的肺部受到间接的损害。美国一位医药监管人员甚至说，如果不是迫于某些限制，那场国家清除大麻的行动会喷洒毒性更强的农药。

和其他任何违禁药品一样，也有报道说大麻会伤害大脑、诱发癌变、阻碍胎儿发育，等等，但相关医学证据也不够确凿。不过，孕妇最好避免服用任何精神类药品，特别是妊娠初期胎儿非常脆弱，极易发生意外，吸食大麻和吸烟一样会影响胎儿正常发育。

人们为什么会认为大麻能损害大脑呢？这就需要我们对科学界进行审视，来看一看科学家的工作状态。和常人一样，科学家也很感性，也容易犯错误。他们的个人需求和情感会直接影响工作，所以不排除某些实验结论带有强烈的主观色彩。医学家的工作环境相对闭塞，想要出名就得上电视或登报纸，而有关毒品的个人观点恰恰能满足他们虚荣的内心愿望，媒体想要的无非是与众不同，越吸引公众眼球就越好。于是，诸如大脑损伤、药物杀手或者神奇疗法之类的新闻就非常火爆，而爆料者就能成为媒体的关注焦点。

纳粹德意志说犹太人属于劣质基因种族，这种说法毫无科学根据，非常不负责任。在前苏联斯大林时期，生物学家李森科（T.D. Lysenko）否认生物体的基因作用而夸大个体遗传作用，其遗传决定论盛行了几十年，该理论认为特殊环境因素可引起遗传变异。这在当时业内是一种科学创新，也使得李森科及其支持者一度排斥其他实验结论。近年来，这种偏见依然或多或少地存在，于是就有心理学家研究这种“经验主义效应”。出于个人的主观意识而对大麻产生厌恶之情，很多科学家急切地想表述其危害性极高，就是为了将其列为违禁药物。

举个例子，美国最权威的医学杂志《柳叶刀》（The Lancet）曾刊载过一篇文章，文章主要内容为，经科学研究证明服食大麻会损害大脑。然而认真阅读之后会发现很多漏洞和疑点，如下：

- 所有接受试验调查的志愿者病人除了服食大麻还服用其他毒品，且每个人的服药时间都很长；所有人都服食迷幻药，甚至有一名志愿者曾服用过量；已知酒精能影响大脑，该调查只是轻描淡写地说明有两成志愿者酗酒，而对整体饮酒情况的调查陈述不够细致全面。由此可以推断，致病因素也有可能是其他药品。

- 罹患大脑疾病的志愿者服食大麻时间都不长；其中一人曾患精神分裂症，一人存在心理障碍，三人脑部曾受过伤；所有志愿者都曾因为各种不适病症而寻求过临床医治或心理疗法；两人去过戒毒中心；一人有长期滥用药物历史，并且近期还曾大剂量服食大麻以外的其他精神类药品；其他三人目

前正在接受心理治疗。所以，任何大脑疾病志愿者的症状都不仅仅和服食大麻有关，就连文章作者本人也承认，所选取的实验志愿者在服食大麻之前就可能已经患病。

● 通过 CT 或核磁共振可以为脑部拍照，而采取这种手段来进行大脑疾病的诊断还不够精确，神经病学家也认为脑部疾病很难界定。

实际上，这篇文章最后的结论也不够精确，但总要投人所好，写普通大众都想要的结论，至于材料是否科学、结论是否精确，读者可不管。于是，文章刊载没多久就收到读者来信，也被刊登在该杂志上，来信反映说，这一医学发现为“采取一切可能措施坚定不移地遏制大麻”提供了有力证据。

心理疾病

对某些人来说，多数精神类药品都会产生毒副作用。通过对 5 000 多名精神病患者进行调查研究，结果发现，10% 的患者服用临床处方药之后都产生了不良反应。在这类药物的非临床医疗用途方面，服药者对药物本身的信任度和期望值往往是决定药效的最关键因素。比如，对于服致幻剂的反应，有人会认为是精神相当愉悦的表现，而有人会认为是不可理喻的疯狂举动。

大麻的毒副作用极为罕见，但还是有近 3/4 的服食者反映，他们在服食后极度焦虑且伴随莫名阵痛，而通常这都是服药后的幻觉，认为自己要发疯或要死掉。初次服食者和服药时间短的人服用较大剂量

的大麻之后，或者服药时正处于突如其来的压力之下，通常才会反映有莫名阵痛，并对自身所产生的心理反应感到恐慌。由于对服药反应的种种误诊或判断，就容易导致大麻服食者精神状态研究的复杂化。

如果服用剂量比较小，接受试验的志愿者的反应就会和饮酒后的反应差不多，而一旦剂量足够大，效果就明显不同了。对服药时间长的人来说，会认为这是很正常的药物反应，而对服药时间短的人来说，药物反应往往会让他们猝不及防，误以为自己要发疯，从而引起莫名的阵痛。通常情况下，这种反应会持续几分钟或几个小时，而服食者自己也会加以控制。此时，最好的应对方式就是告诉志愿者那些反应都是很正常的药物反应，不必恐慌；而志愿者如果被当作精神病患者来对待的话，服药反应极有可能恶化或延时。

几百年前就有人认为大麻可能会引发严重的长期性精神疾病，比如精神分裂症。近年来，这一说法得到某些精神病理学家的认同，从而再次引起广泛关注。

早期有关“大麻引发精神疾病”的很多事例往往都是趣闻轶事，缺乏科学依据。印度大麻管理委员会第 1893-94 号文件首次对大麻药效反应做全面调查，然而，当时很多人都认为此举完全没必要，甚至有人认为这是在有意回避既定事实。诚然，所有从印度各大精神病医院收集来的统计数据都无一例外地在论证大麻是引发精神病的主要原因。克龙比 (Lt. Col. Crombie) 是当时印度最权威的外科医师，他在《印度医学公报》(*Indian Medical Gazette*) 上发表过一篇文章，文章指出，大麻是“导致精神疾病的最直接的切实因素”。然而，印度大麻管理委员会对此重新做调查论证时，却发现文章中所引用的事例和数据不过是其医务助理的仓促评论以及援引送精神病人去医院的警察或路人

的话，这就未免过于牵强，引用数据也毫无医学诊断依据。负责调查的官员要求都要列举明晰的致病因素，并严格依照科学程序，分析患者何时服用大麻，论证大麻的致病机理。调查如此细致，最终迫使克龙比推翻了自己先前的结论。大麻管理委员会最后总结指出：“来自精神病调查报告的数据毫无科学依据，但还是年复一年地呈交上来，这也太荒唐了！”

近 100 年之后，东方国家的统计资料也不科学。1972 年，加拿大戴恩医学委员会（The Canadian Le Dain Commission）总结说：“这些国家的全面调查都没有考虑大麻的长期效应，没有立足于宏观的社会文化、经济、营养以及卫生保健等背景中进行分析 and 报告。”

20 世纪 70 到 80 年代，服食大麻的人数急剧增加，而精神分裂症患者人数却呈下降趋势或者至少保持稳定水平，那么，持“大麻引发精神分裂症”观点的人该如何解释这一现象呢？在美国加州，大麻服食者人数和很多其他西方地区都差不多，但其精神分裂症发病情况很有趣：一项针对伯克利大学（Berkeley University）学生服食大麻情况的调查报告显示，该校 4 万名学生中至少有 1/4 曾服食过大麻，但却没有一例精神分裂症患者。另一项针对 70 万名加州精神分裂症患者的调查显示，只有 9 人曾服食大麻。这就不禁让人怀疑，服食大麻是否容易引发精神疾病呢？答案无疑是肯定的。精神疾病发病率占总人口的 1%，所以不难得出这样的结论：大麻服食者中也会有 1% 的精神疾病患者。况且，对所有精神分裂症患者来说，大麻是最常用的违禁药物。问题的关键之处在于，服食大麻是否会增加罹患精神疾病的几率。尽管在 20 世纪 70 到 80 年代之间，美国和其他很多国家的青壮年人服食大麻的人数明显增加，但精神分裂症患者人数却呈下降趋势

或者至少保持稳定水平，这种反常现象至今仍是个谜。

近来，大麻致病说的支持者又举出几个大型调研报告：对瑞典士兵服食大麻和精神分裂症患者情况进行长达 15 年的跟踪调查，结果显示，服食大麻的士兵更容易罹患精神分裂症，且服食量大的人比服食量小的人患病几率大；同样在丹麦（Denmark）、荷兰（Holland）、新西兰（New Zealand）进行的调查所得结果基本一致。然而所有调查都不能明确说明服食大麻与精神疾病发病时间之间的关系。

另外，和对调查感兴趣的读者相比，这些调查主持者更理性。丹麦调查者指出，很难说这些调查结果是否就能证明服食大麻与罹患精神分裂症之间没有必然联系，并且转移话题为“大麻诱发精神疾病的几率微乎其微”；据估计，英国每 1 万名大麻吸食者中就有一名罹患精神疾病，这些最新调查结果似乎都说明，对于心理脆弱的人，服食大麻会增加其罹患精神疾病的几率。从多角度分析可知，这些新结论实际并不新。毫无疑问，精神分裂症患者服食大麻会加重病情，所以应该避免服食或者减少服食剂量。

还有一种流行观点认为，因为大麻质量比过去提高了，现代人服食就更容易罹患精神疾病。有媒体报道称，现代大麻的药效强度是过去的 10 到 20 倍，然而，也和其他多数观点一样，这种论断没有任何科学依据。或许只有美国对过去 30 年大麻中的 THC 含量变化做过研究和分析，结果表明，从 20 世纪 70 年代到 90 年代，THC 含量增加了一倍多。欧洲进口的树脂和草本制剂大麻中的 THC 含量在过去 10 年中大体没变。的确，有些国产大麻制剂，比如精育无籽大麻森森米亚（Sinsemilla）的药效强度是其他制剂的两倍，然而不同批次的大麻制剂其药效强度也会有所不同，有些进口制剂也可能比某些国产制剂

的药效要强。荷兰的情况有些特殊，国内市场的大麻制剂主要是精育无籽大麻制剂，但也有加强型制剂，即便如此，荷兰人精神疾病的发病率并不高。

不管怎样，关于药效强度的讨论似乎没什么意义。威士忌强度大于葡萄酒，葡萄酒强度又大于啤酒，问题是对饮酒者会产生什么影响。饮用威士忌最好不要端着大号容器猛喝，从小号玻璃杯中小口啜饮为佳。多数服食大麻的人都非常清楚自己想要的服药效果是什么，并以此选择适合自己的大麻剂量，药品黑市也有专门的大麻强度标准，供服食者参考。药效强度大的大麻价格就高，而对服食者来说，更重要的是摄入的 THC 总量。

历来还有观点认为服食大麻是与主流社会脱节的表现，科学上称之为“缺乏动机综合征”^①。而对此所做的心理学调查结果却显示，服食者与非服食者并没有区别；但也有分析指出，在压力大、工作要求高的行业或重复性工作中吸大麻的人表现相对较差。《美国医学杂志》(1971)上有一篇文章对“吃大麻会影响学习成绩”的说法表示怀疑，该文章认为不管吃多少大麻，和学习成绩都没有任何关系，吃的人和不吃的人学习情况都差不多。有趣的是，经常吃大麻的学生中有 18% 表示要继续攻读博士学位，而不吃大麻的学生中只有 11% 愿意读博士。这些差别说明，影响学习成绩的关键因素是个人特质等，而跟是否吃大麻没有关系，文章中的调查结果甚至是吃大麻的学生反而比不吃的成绩要优秀。但以上结论很快就被驳斥，因为所调查的大麻

① 译者注：Amotivational Syndrome，特点为情感淡漠，效率低下或丧失，执行复杂或长期计划的能力下降或丧失，对挫折的耐受能力低，注意力集中困难，该综合征可见于分裂症、情感障碍或经常使用大麻或其他毒品的人。

服食者本身存在某些心理问题。在“缺乏动机综合征”事例中，那些不愿做重复性工作的人为什么不喝酒而选择吃大麻呢？原因又是多方面的。

多年来，大麻依赖问题一直没能引起人们足够的关注。1980 年之后，人们又开始重新审视这一问题，最新调查研究指出，尽管服食者意识到大麻对身体健康所造成的危害，但却发现，很难做到完全戒掉甚至只是减少剂量。药物依赖主要表现为，心理强迫用药、不能控制用药剂量、不服药就感觉不舒服甚至痛苦、明知有害健康却不能停止，等等。由此看来，我们可以断定的确有人对大麻产生依赖。曾经有几项调查试图统计大麻依赖者的人数，所得结果大相径庭，且准确性值得怀疑。有观点认为，平均每 10 个大麻吸食者中就可能有一人是大麻依赖者。鉴于此，目前已经采取多种措施和手段救助大麻依赖者，且反响良好，受到众多依赖症患者的欢迎。

恶化说

声称大麻有害健康并试图以此阻止人们吃大麻而又缺乏足够证据时，另外一个常用的理由就是恶化说，宣称吃大麻会导致服用其他更危险的精神类药品，通常情况下，就是指对海洛因上瘾。

为什么会有如此多的人都相信大麻会导致海洛因依赖呢？那是因为海洛因依赖者一般都是从吸大麻开始的，也有从喝酒或吸烟甚至是喝茶或咖啡开始的。但几乎没人会认为吸烟或喝酒会导致海洛因依赖。

恶化说也存在疑点，既有理论方面的也有事实方面的。1968 年，英国伍顿医学委员会（The Wootton Committee）在一份向政府所做的

报告中指出，没理由相信大麻会导致对其他精神类毒品的依赖。而某些医学专家，还有当时的内政秘书（The Home Secretary）詹姆斯·卡拉汉（James Callaghan）都不认同这一说法。蒂尔登（Dr Tylden）博士是伦敦一位精神病医生，他坚持认为大麻是导致英国年轻人对海洛因上瘾的主要“元凶”，并把这份报告称为“瘾君子的表白”。很多人宁愿相信这是真的，宁愿相信恶化说。

如果不分析大麻的药理学性质，而主要考虑大麻服食者的服药原因以及服药者所处的社会环境，恶化说还是有一定道理的。很多大麻服食者都想借助大麻改变精神状态或思想意识，由于大麻属违禁药物，很难获得，而他们经常和其他吸毒者接触，这就不难想到会试用其他精神类药品了，他们可能认为其他毒品和大麻一样也能带来愉悦体验。在这种情况下，只有极少部分人会转而对其他毒品上瘾，而多数人则不会。

吃大麻的人有几百万，吃海洛因的人要少得多。由于社会监管不力，大麻服食者很容易从售药者那里购得海洛因或其他静脉注射类毒品。纵观服食大麻和海洛因的不同类型和不同风险程度，社会应该切实负起责任来，尽量降低大麻服食者的服食风险。

大麻的医疗用途

本书中所涉及的大麻主要为非医疗用途大麻，现在我们先来看一下它的医疗价值。19 世纪，人们用大麻治疗各种疾病；1851 年的《美国药谱》（*The American Dispensatory*）记载，大麻可治疗痛风、风湿、破伤风、惊厥、抑郁症和精神错乱等病症。英国女王维多利亚的私人

医生 J.R. 赖伊诺德 (J.R. Reynold) 博士说，大麻是“我们最宝贵的药品”。当时一本医药小册子称大麻为“印度香烟”，可以治疗哮喘，具体内容如下：

……服药后好好睡一觉，所有病症都会消失……这种印度大麻被做成雪茄烟的形式，可以放在上衣兜里，它小巧玲珑、携带方便，让你随时随地都可以享用。

20 世纪，随着化学医药科学研究的迅猛发展，人们对很多天然药物的兴趣逐渐降低。在过去 60 到 70 年内人们普遍认为大麻没有医药价值，仅仅是一种兴奋剂而已。然而，近年的医学调查研究证明，大麻确实具有很高的医药价值。

青光眼是一种常见的眼科疾病，是由眼内压过高引起的，长期发展会导致失明。目前，美国医学临床上正在对该病试用含 THC 大麻成分的药物，结果发现，患者眼内压下降幅度超过 1/3。

大麻类药物还被用于癌症治疗，其最大副作用是引起恶心呕吐（几乎所有抗癌药物都会引起呕吐），严重者可能在用药后 12—24 小时之内都持续呕吐，极为痛苦，所以有的病人宁愿放弃这种药物治疗。

近年来，医学刊物上有关大麻的文章越来越多，由此可见，对大麻医药价值的研究热度持续上升。很多文章都指出，大麻可以有效缓解抗癌治疗的毒副作用。美国医生对此早有耳闻，很多吸食大麻的癌症患者都表示，大麻似乎能缓解抗癌治疗引起的恶心呕吐。近来很多医学研究都证实含 THC 大麻成分的香烟或药物的确能有效缓解抗癌初期的毒副反应，一项相关调查表明，能将恶心呕吐等抗癌反应

程度由 72% 降低至 6%；另一项调查也显示，超过 2/3 的癌症患者服药后，抗癌反应得到有效缓解。1997 年，大不列颠医药协会（**British Medical Association**）发行的一本相关书籍中也指出：“在缓解抗癌药物的毒副反应方面，大麻疗法的确奏效。”

此外，大麻能有效缓解由多种硬化症或脊椎损伤引起的肌肉痉挛等症状，还能扩张支气管，也是哮喘病患者的一剂良药。2002 年，一种鼻吸式的大麻喷雾制剂通过临床试验证明，能有效减缓多种硬化症引起的疼痛和痉挛等症状。患者由抗癌或其他治疗引起的恶心呕吐、食欲不振等副反应日渐消失，服用大麻药物则能有效增进食欲，对艾滋病治疗也有一定辅助疗效。

1999 年 4 月，一名叫布朗尼·玛丽（**Brownie Mary**）的年老女性去世。布朗尼生前曾连续多年志愿为旧金山医院的艾滋病患者烘焙一种含大麻的巧克力糖果，尽管受到无数次警告，她依然我行我素，正是她掀起了医学界对大麻医疗价值的研究热潮。

如果大麻真能有效辅助治疗多种硬化症、青光眼、癌症或其他疾病，对该精神类药品的研究探讨将会更复杂。一些权威的医学杂志都曾刊载过证明大麻有积极医疗价值的文章，但相关政府部门一直把大麻列为禁药，反对任何“大麻医疗作用”的说法。1979 年，美国食品与药物监督委员会（**American Food and Drug Administration**）、健康教育福利部（**Department of Health, Education and Welfare**）依然否认大麻的医疗价值。值得高兴的是，在写作本书时，美国很多州已经允许大麻或含 THC 大麻成分的药物用于临床医疗了；目前各种大麻合成药物能在几个国家买到，包括英国止痛药物大麻隆（**Nabilone**）和美国的镇吐药物屈大麻酚（**Dronabinol**）。但在实际临床应用方面，依然还

有很多限制。

目前，大麻在医疗目的应用方面的滥用现象非常普遍。在某些国家，大麻被列为禁药，服用大麻的病人或者其护理人员经常因此而受到法律控诉，这似乎不合理，但肯定不合情，这种管制既没有任何医学根据，也不能有效防止大麻滥用行为。1998 年，英国一份向上议院呈递的议会报告摘选提议，政府应该修改某些大麻医疗用法条款，此举意味着英国很可能“同很多国家的法律相悖，但政府应当勇于承担责任，敢为天下之先”。

证据

一些读者可能会质疑本书中的某些内容，对此我毫无异议。本章对大麻进行全面论述，读者如果有兴趣，我会做简要评论。

首先，仅靠单一试验并不能证实或确定任何一种精神类药品的药效，而必须经过一系列的反复试验，数百种心理因素都可能影响试验结果的准确性。两名不同的调查者做同样的试验所得结果往往大不相同；除非调查者能够很好地控制试验条件，否则极易出差错；对精神类药品进行调查时，调查者往往不能很好地掌控试验条件，而不幸的是，大量的实际调查因设计不合理而失去调查意义。

正因为如此，在很多情况下，不同次的相同试验会得出截然相反的结果。新闻媒体往往热衷于寻找新鲜事物，刊载任何能吸引公众眼球的科学报道，普通大众看到的基本都是一些重大科学试验的结果而不是试验过程，而这些所谓的科学结果往往并不可靠；还有一个因素让整个事件变得更复杂，那就是，医学或科学杂志往往刊载纯粹的试

验结论，也就是某某药品经证实有某种效果。由于种种原因，对没有出现任何药效结论的文章从不刊载，也就是说，100 个相同的试验中只有一个试验结果表示大麻会对大脑造成损伤，那么不管该结论是否正确可靠，也不管其余 99 项试验怎样，相关报刊都会立即大篇幅展开报道。

1971 年，凯姆贝尔（Campbell）和他的助手们在《柳叶刀》杂志上发表了一篇文章，该文章就能很好地证明以上观点。文章中的试验设计和试验结论都存在很多漏洞，进一步调查研究也未能证明其试验结论，但这不影响其重大意义，也不能动摇其新闻头条的位置。即使现在，人们还经常引用这篇文章来说明大麻会损害大脑。

关于大麻的医学类文章有成千上万篇，层出不穷，即使读者研究的是最重要的调查报告，也未免感到枯燥茫然。为方便起见，我们只看各个权威机构对这类文章所做的调查总结吧。

20 世纪 60 年代之前，在对大麻的相关研究中，其研究方式的确不科学，试验结论建立在随机观察的研究方式之上。对这段时期的试验结论进行整理并总结，做得最好的是 1894 年印度大麻监管委员会呈递给英国政府的七卷本报告，1000 多名当初做各种医学调查研究的人（我们姑且称之为试验者）被召集，于是所有相左观点一一呈现。委员会就大麻伤害身体健康这一观点进行如下概括总结：

医学证据最大的特点似乎是，大量接受试验的志愿者在从未听说任何大麻与疾病的关系的前提下，长期服食大麻，当这些试验者被追问适量服食大麻的药效时，结果却发现：(a) 他们的观点仍然建立在大麻致病的流行说法上；(b) 他们不

能区分服药剂量为适量和超大时所产生的药效反应；(c) 因为接受调查的病人承认服食大麻，所以试验者就认定他们的疾病都是由吃大麻所致；(d) 大麻被用作辅助治疗哮喘和支气管炎的事实被忽略……以上证据表明，吸食少量大麻烟不会对健康造成很大伤害，而饮用少量大麻酒则基本安全。

印度大麻监管委员会郑重声明，长期或大剂量服食大麻会引发支气管疾病，而吸烟者也通常容易罹患支气管类疾病。

20 世纪 30 年代，美国掀起一股抵制大麻的热潮，各大报刊竞相刊载相关文章，且标题醒目惊人。多数政府公务员都被动接受大麻致病说，并以此作为自己政治立场的一个砝码。而当时的纽约市市长菲奥雷洛·拉瓜迪亚（Fiorello LaGuardia）没有人云亦云，有如此反应的人为数不多，拉瓜迪亚市长就是其中之一，他要求纽约医药研究学院就此做一份科学报告。于是拉瓜迪亚医学会成立了，由 31 名优秀医生、心理学家、药剂师、药理学家和社会学家组成。1944 年，该医学会发表了调查研究结果，和印度大麻监管委员会所做调查结果一样，这份调查结果也由于当时证据明显不足而受到限制。但无论如何，该报告对大麻致病说的各种调查数据进行了检测和论证。报告最后总结说，出于正常医疗目的服食大麻不会让人上瘾，也不会导致服食者滥用吗啡或可卡因等其他精神类药品；大麻不会影响服食者的性格，也不会导致犯罪或青少年犯罪。总之，大麻致病说毫无科学依据。

1966 年，伍顿医学会成立并于 1968 年向英国政府提交一份医学报告，报告指出，没有足够证据表明大麻能导致犯罪或过激行为，普通人服食大麻也不会引发精神疾病：

纵观所有调查所得资料，我们一致同意印度大麻监管委员会的研究结果和拉瓜迪亚的报告结论……那就是，服食少量大麻不会对身心健康造成严重伤害。

美国总统尼克松授权了一项大型调查，即后来题目为《你并不了解大麻》(*Marijuana, A Signal of Misunderstanding*)的谢菲报告(The Shafer Report)，1972年该项调查完成，报告结果呈送给国会。报告结果指出，没有确凿证据表明大麻会损伤人体基因；从公众健康角度来观察，大麻对人体健康的副作用极其微小，几乎不会造成长期影响；和酒精相比，没有客观证据表明大麻会伤害大脑；大麻不会造成智力或情感方面的心理疾病；大麻不会让人上瘾，也不会引发其他药物依赖。目前美国约有2400万名大麻服食者，而法律震慑力度不够，仍有800万人是大麻依赖者。几乎是在同时，加拿大戴恩医学委员会也向政府提交了一份有关大麻的调查报告，该报告质疑大麻引发肺病这一说法并对此进行重点调查和论证。最后指出，大麻不会让人上瘾，对身体的影响也是短时效应，即便过量也不足以伤害健康。报告堪称论点科学、论据客观、推理缜密，然而，为引导青少年正确认识大麻并远离大麻，该报告建议：

过分夸大某种精神类药品的危害，或为引起青少年的恐惧心理而进行毒品教育，这些做法都不可取；尤其是青少年，九成人都不會受到震懾，相反却會鋌而走險嘗試吸毒。

伍顿报告遭到英国政府的强硬拒绝，而这一官方反应却得到公众支持。这表明，报告结论和建议未能迎合政治家的价值取向及其政治目的。1979 年加拿大联邦政府大选之前，三大政党都赞同减轻对大麻吸食者的惩罚，应该清除大麻吸食者的犯罪记录。然而新政府组阁后却迟迟不肯付诸实践。

令人遗憾的是，1978 年，南澳大利亚政府的皇家委员会（The Royal Commission）就“精神类药品的非医疗用法”这一议题做出如下决议：

对服食大麻所造成的健康危害和社会影响，官方已达成统一而肯定的认同，大麻非医疗用法管制一直是政府部门的监管重点。对此有异议，只能说明法律政策动摇或损害了大麻服食者的社会地位和经济利益，而并非出于医药或社会价值的科学论证。

自此，南澳大利亚成为首次治理大麻使用的国家之一，其管制政策为大麻的实际服食行为提供了有效的法律依据，应该予以广泛宣传。现在，几近完善的管制体系正在实施。尽管服食或贩卖大麻属违法行为，但已经由量刑犯罪降为普通违法处理，肇事者通常仅会被警告或服义工，并且只要在 60 天之内缴纳一定数目的罚金，就可免受处罚，也不会有犯罪记录。一般经查处，私藏大麻 25 克（约合一盎司）者，处罚金 50 澳元；私藏大麻 25—100 克者，处罚金 150 澳元；私自种植大麻 10 株或以下者，处罚金 150 澳元。1991—1996 年间，所有大麻案例的平均罚金为 74 澳元，而严重的种植走私大麻行为仍按刑事犯

罪处理。南澳大利亚政府的这一法律政策意义非常重大，它划清了有关大麻或其他精神类药品案件的不同违法程度，并为审决这类案件提供了明晰可靠的依据。

荷兰也采取类似法律手段，将大麻案件由量刑犯罪降为按普通违规对待，某些地区的青年活动中心或咖啡厅甚至售卖大麻。荷兰社会福利部毒品管制政策（**Drugs Policy at the Ministry of Welfare**）研究员艾迪·恩格尔斯曼（**Eddy Engelsman**）表明了荷兰政府对大麻的态度：

如果法律不足以震慑大麻吸食者反倒加剧了该药物的滥用现象，那就暂时放弃……这么做并不是对吸毒宽容，相反，是为了更有效地杜绝各类毒品流入市场，这种策略更切合实际……

结果发现，荷兰和美国的情况基本一致，大麻滥用现象得到有效控制，然而自此之后，不知什么原因，效果便不再明显。

第八章 致幻剂

所有致幻剂都曾引发巨大争议，本章将对这类毒品的分类进行深入而细致的讨论。多数致幻剂都因其特征明显而便于分类，而有些则既可以归为这一类，又可以归为那一类，在不同年代被称为迷幻药 (Psychedelic)、拟精神药品 (Psychotomimetic)、迷幻剂 (Psychodysleptic) 或致幻剂 (Hallucinogenic)。

“Psychedelic” (迷幻药) 一词源自希腊词语 “Psyche” (意为“精神”) 和 “Delos” (意为“可见的”)，1956 年，心理医生哈姆弗利·奥斯曼德 (Humphrey Osmond) 和英格兰作家阿道夫·赫胥黎共同创造了这一合成的新词语，并且激发了赫胥黎对研究迷幻药酶斯卡灵的极大热情。随后，20 世纪 60 年代，美国嬉皮士非主流文化精神热潮汹涌澎湃，蒂莫西·利里和嬉皮士都认为 “Psychedelic” (迷幻药) 是 “Mind-expanding” (意为“精神拓展”) 的同义词，他们都热衷于吃这种毒品。

“Psychotomimetic” (拟精神药品) 和 “Psychodysleptic” (迷幻剂) 的含义几乎完全相反。“Psychotomimetic” (拟精神药品) 是指该药物可产生模拟精神分裂症的症状，因此，服用这种药物后所出现的结果是一般人都不期望看到的。那么，由迷幻药所引起的精

神状态是否具有精神疾病特征呢？这一问题将在第九章进行讨论。“Psychotomimetic”（拟精神药品）一词无论其本质定义还是拼写形式都让人反感，“Psychodysleptic”（迷幻剂）也同样让人反感，词语含义为“思想混乱”。

这类毒品还有其他很多不为人知的名字，德国毒品研究者刘易斯·莱文（Louis Lewin）称之为“妄想药”，这充分表达了致幻剂的药效反应；法国象征派主义画家莫罗（Moreau）称之为“梦幻剂”，这一命名同样精确无比，但一般人对此并不熟知，所以没有传播开来。

最后一个名字是“Hallucinogenic”（致幻剂），从某种程度上来说这一药品名称不够准确，因为这类药物一般不能让人产生身临其境般的某种幻境。虽然某些药效超乎想象，但准确地说应该是知觉紊乱，服药后人的思想、心情、性格等变化都是明显的药效反应，而这些在药品名称中却不能体现。更糟糕的是以下将要提及的摇头丸成分MDA^①和MMDA^②能改变人的意识状态、心情和智力，兼具兴奋和致幻作用。尽管如此，“Hallucinogenic”（致幻剂）还是最常见的叫法，甚至奥斯曼德博士也认可并接受了这个名称。历史上，巫师也正是由于服药后的各种幻觉意识体验而将其称为“致幻剂”的。

20 世纪之前，多数致幻剂都是从植物中提取的，20 世纪以后才开始利用化学合成生物碱来制作。第三章已经提及很多类似植物都用于巫术或宗教目的，其中某些植物仍是天然的致幻药物，比如常见且经常被食用的致幻蘑菇，常见但不经常食用的含酶斯卡灵的仙人掌，还有不怎么常见的颠茄、天仙子 and 毒蝇伞，等等。本章将主要介绍和

① 译者注：化学分子全称为 3,4-亚甲二氧基安非他明。

② 译者注：化学名称全称为 3-甲氧基-4,5-亚甲二氧基甲基安非他明。

讨论几种最常见、最常用的精神类药品。

酶斯卡灵

酶斯卡灵是从生长于墨西哥的佩奥特仙人掌植物中提取的一种生化碱，几百年来，在墨西哥宗教传统中扮演着非常重要的角色。刘易斯·莱文是德国一位药理学家，他对酶斯卡灵产生了浓厚的研究兴趣，自此，该药物首次引起科学界的关注。1886 年莱文在美国调研期间，得到一些仙人掌样本，并从中提取出酶斯卡灵。他写道：“没有其他任何植物能带来如此神奇而美妙的精神幻觉了。”服食者的体验如下：

……奇特的欣喜。它真实地反映出了你的内心，尽管是感官的幻觉，但这的确不同寻常，超越现实，若非亲自体验，你绝对无法想象其中的妙处……难怪古印度人称之为“神赐予的植物”。

其他几位当时的名人吃过之后均体验了神奇的幻境，哈夫洛克·埃利斯^①读完《大不列颠医药杂志》上的一篇相关报道之后，也吃了酶斯卡灵，感觉那幻境简直让人神魂颠倒，原本平淡无奇的色彩变得生动鲜亮、光辉灿烂，同时，整个人的身体似乎更健康，思维也更敏捷；赫胥黎也有同感。而莱文却感觉非常不舒服，也没有出现所谓的幻境。

酶斯卡灵是一种罕见毒品，市售极少，吃的人也几乎没有，尽管相关报道很多，但其实都是掺杂了安非他明的迷幻药麦角酸二乙酰胺

^① 译者注：Havelock Ellis，1859—1939，英国哲学家和性科学家。

(简称为 LSD)，经化学成分分析，伦敦警方所捕获的这类违禁毒品极少有含酶斯卡灵。

致幻蘑菇 (Psylocybin)

墨西哥致幻菌素 (Psylocybin) 是从一种蘑菇中提取出的生物碱，也有致幻效果。对阿兹特克人来说，这种蘑菇极其罕见，被称为“神的血肉”。还有几种菌类也含致幻菌素，多数都只有一两英寸高，菌伞呈浅黄褐色。其中最常见的一种蘑菇，每到秋天就遍布欧美草原和牧场，因其菌伞像极了法国大革命期间士兵戴的帽子而被称为“自由帽”。在毒品黑市上，纯正的致幻菌素极其少见，多数单位剂量的致幻剂平均含量为 20—60 克；市售致幻菌素或酶斯卡灵通常都是掺杂了其他化学成分的迷幻药 LSD。

MDA (3,4-亚甲二氧基安非他明) 和MMDA (3-甲氧基-4,5-亚甲二氧基甲基安非他明)

这种半合成毒品是由含精神类药物成分的肉豆蔻或豆蔻干皮制成的。豆蔻原产于东印度，果实直径在两英寸左右，肉豆蔻就是种子，呈黑褐色或黑紫色，包裹它的外皮就是豆蔻干皮。几千年前，人们就知道这种植物有麻醉和迷幻效果，但现在却不怎么用了。MDA 和 MMDA 都有致幻作用，还有和可卡因、安非他明一样的兴奋作用。

对苯二甲酸二甲酯 (Dimethyl Terephthalate, DMT)

DMT 比较简单，在很多中美和南美国家人吸的鼻烟里，比如哥伦布描述西班牙土著居民吸的烟，都含 DMT，它是维罗拉蔻木树皮的主要成分，其药效和 LSD 差不多，但 LSD 药效更持久更缓慢，DMT 药效则短暂而猛烈，服药后 5—20 分钟之内达到最高峰，半小时左右便消失。于是就有人把服食 DMT 比喻成“快捷的商务之旅”。

迷幻药麦角酸二乙酰胺 (Lysergic Acid Diethylamide, LSD)

最常用也是最为人所知的致幻药物是麦角酸二乙酰胺，这是已知致幻力量最强劲的药物，其他毒品剂量都是以毫克（1/1 000 克）来计，而 LSD 则是按微克（1/1 000 000 克）计算。20 微克足以达到吸食大麻的麻醉效果，50—250 微克就达到致幻效果。在质量相同的前提下，LSD 药力约是酶斯卡灵的 5 000 倍，是幻菌素的 200 多倍。对其药效进一步研究发现，摄入人体的 LSD 仅有大约 1% 作用于大脑，现在还难以知道其致死量是多少。有一个推测是大约 2 毫克 LSD 对应 1 千克人体质量，或者对普通人来说，150 毫克为致死剂量。

瑞士著名化学家艾伯特·霍夫曼 (Albert Hofmann) 曾经从“自由帽”蘑菇中提取并合成了致幻菌素，1943 年，他在瑞士的桑多兹药理学研究实验室 (Sandoz Laboratory) 偶然发明了 LSD，当时他正专注于麦角菌^①衍生物分析实验，那天下午他突然感觉很不舒服，以为是生病就

① 译者注：Ergot，在中世纪曾引起可怕的传染病。

回家了。他躺在床上，刚一闭眼，眼前就出现了非常奇妙的景象，还看到了色彩斑斓的万花筒，但这种感觉只维持了大约两个小时。霍夫曼对此感到不解。过了一段时间，他认为这是自己研究的某种化学成分使然，于是，为了验证这一假设，他亲自口服了该物质，结果那种幻觉再次出现。他的口服量是 0.25 毫克，一般毒品这个剂量是不会起任何作用的，可对于 LSD 来说绝对是大剂量了，霍夫曼博士又踏上了他悠长而神奇的幻觉之旅：

我眼前的景象左右摇摆，如同出现在严重变形的镜子里……又像风涌浪起的水中之景……闭上眼，瑰丽多姿、变幻莫测的情景源源不断地涌入大脑。最不可思议的是，所有声音都能转化成视觉的影像，每种声调都配有自动更新变化的彩色插图，如同美丽的万花筒。

“协同感觉”又称“感觉错位”，这种感觉现象是服食致幻剂后最常见的反应之一，服药者通常会感觉“看到”音乐或“听到”色彩。

霍夫曼博士在服药后的第二天感觉很疲惫，但身心健康状态良好。实际上，他感觉那种体验棒极了，整个世界如同“重新组合”。对致幻剂的药效反应，他进行了客观而谨慎的描述，其中服药后所产生的曼妙幻景最为吸引人。现在我们都知悉，任何毒品反应都受到吸毒者本人对毒品的期望值的强烈影响。然而在霍夫曼的致幻剂体验中，基本不受这种心理的影响，他对致幻剂药效反应的描述包括三方面的特点：情绪或思维改变等心理变化、感知觉紊乱等生理变化，还有最奇特的认知改变。

视觉变化最明显，最快的是颜色幻觉，闭上眼，眼前原本灰暗无光，没有任何影像，此时突然变得明亮艳丽；后来慢慢出现五颜六色的灯光，如万花筒一般，还呈现丰富的几何图形，又像绚烂的“波斯地毯”；再后来随着药效加强，几何图形影像不再规则对称，而是变得越来越复杂。睁开眼，一切事物像换了新装一样，变得光彩夺目，庸俗的物件也散发出神圣的光辉。幻觉体验的最高峰就是假性幻觉，也就是服药者的感官能感觉到体内的某些幻象，但心里非常清楚那是毒品药效的正常反应。真性幻觉极其罕见，通常是在过量摄入 LSD 或者服药者对 LSD 的反应更敏感时才会出现，它不同于假性幻觉，服药者不能区分现实和服药产生的幻觉，坚信这些幻觉就是现实。

情绪或思维改变等心理变化体现为思维开始混乱，如同着魔一般，服药者可能坚信自己能读懂别人的思想，或者可以向别人传达自己的思想，甚至还有人觉得自己能够飞翔，还真有人这样做了，满怀希望地飞出窗外，结果可想而知。

这种事故曾经屡见报端，服食致幻剂让人产生各种会飞翔之类的幻觉和错觉，最后酿成悲剧。本人就曾亲眼目睹过一名女性因服食 LSD 而坠亡的惨剧，虽然还不确定 LSD 对坠亡者到底产生了多大影响，但导致她想飞的最大诱因是她精神失常，因为致幻剂药效过去很久之后她还坚信自己会飞。然而，她却声称看到圣母玛丽亚就在窗后呼唤她，于是便取出所有衣服，也不管脏不脏，全都披在身上，还说这样“也可以像天使”。最后她被确诊为由精神分裂症所导致的行为障碍，而与吃致幻剂无关。

然而，对真性幻觉来说，这种严重的精神错觉也极其罕见，但若进一步研究他们的反常举止，会发现更常见的应该是假性幻想。他们

经常说自己思想有多深邃闪光，但充其量只不过是一些陈腐或不完整的想法而已。

LSD 对服药者人格的影响是其最显著的药效反应，尽管在反应的最开始阶段，服药者还能抵制这一幻觉对精神的刺激，但随着药效加强，逐渐就连自己是谁都不清楚了，到反应高峰时，服药者就会丧失对自己身份的认可。结果，服药者就会感觉自己和宇宙已经融为一体，丧失了对自己独立人格的意识。不同服药者对此反应的态度不同，有些人认为是一种神秘的宗教体验，会因此而变得欣快愉悦，也有人对此异常惊恐。这种意识状态的改变类似于超验主义体验或精神疾病，即赫胥黎所谓的天堂与地狱。

在霍夫曼之前没有人体验过迷幻药 LSD，但历史记载，曾经有无数人在吃了感染了麦角菌的面粉后，出现奇特的精神障碍现象。麦角菌是一种紫色麦角属真菌，几百年以来，在炎热的夏季，它感染从西班牙到俄罗斯的黑麦等谷类作物，形成一种紧密的黑色分叉细丝状物质代替作物的谷粒。人们因贪婪、不在意或是饥饿，总会吃到被麦角菌感染的面粉，结果感觉欣快舒适或抑郁苦恼。麦角菌中毒又称为“圣·安东尼之火” (St Anthony's Fire)，患者通常会出现视觉幻觉，觉得周围的所有事物火光闪耀，像着了火一般。最明显的中毒症状是中毒者的手指和脚趾像被火烧伤一样变黑并溃烂，其实这是疾病的坏疽形式。麦角菌中毒还会导致精神混乱、各种感官幻觉，甚至发疯，中世纪历史上有几个对此完整而详细的记载。目前，一种麦角菌衍生物在治疗周期性偏头痛和妇女难产中发挥相当重要的作用。

LSD 能让人的意识状态发生极端变化，甚至出现歇斯底里状态，

目前对此的公认态度是，LSD 能引发精神失常和不可逆转的大脑损伤，它对人体基因有害，能刺激艺术创作。实际上 LSD 除了引发瞳孔扩散、肌肉紧张和轻度行为失调之外再无其他生理变化，虽说能强烈影响人的意识状态，但脑电图却显示几乎没有任何变化。几项毒品调查均显示：接受实验的志愿者在服用高达 400 微克的致幻剂和 1 000 毫克的酶斯卡灵之后，大脑电波出现轻微异常，有些像兴奋剂作用，除此之外，基本再无其他任何变化。这表明服药者并非精神失常，迷幻药也没有什么临床医学价值，LSD 导致心理或精神疾病的说法站不住脚。

LSD与寻求精神控制

对很多政治领袖来说，最大的梦想莫过于能够掌控他人的思想。几百年来，某些粗暴但却行之有效的手段帮他们实现了这一梦想，宗教法庭满怀仁爱之心花费很长时间去研究这一手段的理论与实践。LSD 的问世再次唤起了人们内心这一古老的梦想，让宗教为之一惊，因为他们担心世俗之人会假借化学药物来改变意识状态，从而对宗教不利。

艾伯特·霍夫曼说，20 世纪 50 到 60 年代，美国中情局多次劝说并要求他积极参与某项军事研究项目，他和几位药学专家在科技情报处（Technical Services Staff, TSS）的掩护下组成一个秘密的生化学药物小组并开始这项研究。该研究的主要目的是研制能控制人精神和心理的生化学药物，用在间谍身上，以此来试验其服药后能否任由他们摆布，任他们随心所欲地控制。比如试图从前苏联间谍口中套出他们

所需的秘密情报，更让人发指的或许是，用情报局间谍做试验来验证万一被苏联俘虏，间谍服用 LSD 后是否会做出对美国不利的事情来。据 CIA 透露，苏联和瑞士制药公司桑多兹药学研究实验室合作生产多达 5000 万剂的 LSD，顿时令中情局上上下下都惶恐不安；而另一项情报则说桑多兹药研究所计划在市场上公开销售 1 亿剂（约合 10 吨）LSD。其实，以上两个情报都不准确，但足以激起中情局和桑多兹合作的兴趣，希望桑多兹为美国制造大剂量的 LSD 以供他们进行试验研究。尽管桑多兹在过去 10 年中只制造了 40 克（约合 1.5 盎司）LSD，但还是答应美国政府每周供应 100 克 LSD，且无限期供应。让我们再回头看看美国国内的情况：中情局内部人员、现役军人、精神病院病人和普通百姓都曾被当成人体试验牺牲品的活标本，在不知情的情况下服用了 LSD，这给部分服食者造成了灾难性的后果。1975 年，洛克菲勒健康委员会（The Rockefeller Commission）公开了一份报告，公众从中获悉，中情局滥用人体进行 LSD 试验，曾经有两人毫不知情地服用了 LSD，最后导致死亡。

中情局还制造了一系列不能预见和掌控的试验恶果。LSD 在美国民间大量流传，美国青年终于意识到了这一非军事目的的新型毒品，哈佛大学心理学教授蒂莫西·利里的 LSD 研究项目就是在中情局的资助下进行的。中情局寻求精神控制药物的研究推动了这种药物在民间的泛滥。20 世纪 60 年代，在美国西海岸地区引发了一场全国性的非主流文化运动，LSD 逐渐成为一种普通毒品，成为一种生活方式的代言，而当时的尼克松总统对这种“堕落的大学生”和嬉皮士文化颇为不齿，并希望用死刑来惩戒某些毒品犯罪行为。

染色体与致幻剂

毒品是否会造成吸毒者基因变异？这是有史以来在科学界争议最大的一个话题，尤其是针对致幻剂 LSD。在科学领域内，理性和科学总是凌驾于个人情感之上，但科学调查者事先都知道自己想要的科学结论，于是调查研究试验的质量往往并不可靠，整个细胞与染色体科学研究都存在某些可疑之处。

1967 年美国《科学》(*Science*) 杂志发表了一篇关于基因变异与服食致幻剂之间关系的文章。文章指出，血液红细胞因受到 LSD 的伤害而发生染色体异常现象，尽管文章表述很模糊，调查结果也存在很多疑点，但还是被多家报刊与电视台转载或转播，并声称这是一个毋庸置疑的科学事实。由此还引发了关于安眠药酞胺哌啶酮 (Thalidomide) 毒副作用的争议，关于悲剧性事件的报道层出不穷，有关服食致幻剂 LSD 的文章和畸形儿的图片往往一起见诸报端，实在让人触目惊心，无数张惨不忍睹的图片足以让人对 LSD 深恶痛绝。

事实上，文章中的任何一桩悲剧事件都没有科学根据，但为何会激起如此强烈的社会反响呢？唯一的原因就是社会公众，尤其是新闻媒体需要这种反响效果，他们期待这种轰轰烈烈的抗击毒品运动。该文章以一名 51 岁的精神分裂症住院患者为调查对象，期间共让患者服食 15 次 LSD，同时也定时定量地服用两种最常见的抗精神病的镇静药物——安眠药利眠宁和镇静药盐酸氯丙嗪^①，而且这两种药物都会引发染色体异常。

① 译者注：Chlorpromazine，又称冬眠灵、可乐静、氯普马嗪等。

蒂莫西·利里经常大剂量服用 LSD,他被当成致染色体异常的典范,但没有足够的科学证据能证明他的染色体是否异常。

某些专家一再强调 LSD 能导致染色体异常,在进一步论述该话题之前,我们有必要了解什么是染色体异常,对非专业人士来说,这听上去似乎相当可怕,其实,正常的生物个体细胞也会发生染色体异常。那么现在讨论的关键就在于服食致幻剂的人发生染色体异常的几率是否比正常人要大,媒体不会自找麻烦去报道很多日常用药,比如咖啡因、阿司匹林、抗生素等,甚至饮用水如果不经过二次蒸馏,也有致染色体异常的潜在危险。更值得警惕的是,服食黑市上销售的毒品的人发生染色体异常的几率是服食临床处方 LSD 的人的 3 倍多。

现在,越来越多或者说越来越精确的科学调查都在研究 LSD 致染色体异常现象,但这一理论似乎也越来越站不住脚。LSD 能致染色体异常的支持者在进行试验时将染色体无限长时间地浸入高浓度 LSD 中,即便如此,也不能证明染色体发生异常的程度就比服食其他毒品导致的更严重。一项调查还发现,阿司匹林和 LSD 都能导致不同程度的染色体异常。另一项堪称是对 LSD 致染色体异常情况的最全面调查,调查者声称,没有证据能证明 LSD 会导致不同程度的染色体异常,接受调查的 50 名志愿者中有 5 名女性生育的 7 个宝宝(4 男 3 女)都很正常,也很健康。

致幻类毒品和精神类药品

很多人都知道 LSD 和其他某些致幻类毒品都可用作临床精神病控制药物,但很少有人知道这一实际应用的范围有多广泛。20 世纪 50 年

代到 60 年代中期，各类刊物共发表了 1000 多篇关于精神病的文章，其中涉及了 4 万名精神病患者。历史上，首先对将这类毒品用于临床精神病治疗感兴趣的人是法国医生摩洛（Moreau），他主要研究印度大麻的医学价值。在他撰写的一篇名为《大麻与精神疾病》（*Hashish and Mental Illness, 1845*）的论文中，摩洛指出，从狂喜到精神错乱，“所有精神疾病的症状表现都能与由大麻导致的心理和精神变化一一对应起来”。

19 世纪末到 20 世纪初，服用酶斯卡灵后的药物反应一直是精神疾病的参照，有时也用作身心失调等亚健康的辅助治疗药物。LSD 的出现引发了人们对这类精神控制药物临床用途的研究兴趣，人们对 LSD 的看法和大麻、酶斯卡灵一样，认为服用这些药物都能改变人的思维和意识状态。医生的最大兴趣在于这类药物和精神分裂症之间的关系，他们希望弄清楚 LSD 如何作用于大脑，那么就能更好地治疗精神疾病了。

但现在这种希望基本破灭了，服用 LSD 后的反应有很多方面都和精神分裂症相似，但也有很多明显不同的地方。精神分裂症患者往往出现幻听症状，且对诸事漠不关心，而 LSD 反应为认知障碍和幻视，情绪要么极度兴奋高涨，要么低落抑郁。种种表象上的差异让很多研究者开始质疑 LSD 反应是否可以作为精神分裂症症状的模型，怀疑是否值得做这项研究，于是他们逐渐失去了研究兴趣。所有精神控制类药品在最初发明时，人们都期待它能为精神疾病的发病原因和治疗提供有价值的参考，结果却总不能遂人心愿。

LSD 在辅助治疗临床精神分裂症方面发挥了出人意料的作用。很多精神病患者都表示服用 LSD 后他们的生活质量得到了显著改善。在一项关于 LSD 的调查研究中，受试者都是正常人，在服用了较大

剂量的 LSD 和酶斯卡灵几个月之后，超过 3/4 的人都表示，紧张焦虑情绪得到了改善，幸福和快乐指数提高了，对他人和自我都更能宽容和理解；高达 78% 比例的人表示这是自己目前为止最快乐的一段经历。这又让人对 LSD 用于精神疾病的辅助治疗产生希望。某些临床医学专家总期望大剂量用药便能显著改善患者的精神状态，从某种意义上来说，服药反应更像神秘的宗教体验。这种治疗方案并没有任何医学理论依据，却与心理学家亚伯拉罕·马斯洛（Abraham Maslow）的“高峰体验（Peak Experiences）”理论相似。

所谓的高峰体验，就是指当一个人完全摆脱了疑惑和紧张焦虑，并失去自我意识时的极度纯粹而积极的欣快感体验。马斯洛认为高峰体验对人的身心健康都有很大益处，因为这能明显改善精神疾病患者的精神状态，从而对他们的生活产生积极影响，很多服用 LSD 的人都能准确地描述这种体验特征。精神疾病的心理疗法就是基于这种精神分析法，患者通过反复服用 LSD 达到某种积极的精神状态，从而改善其疾病状态。20 世纪 60 年代中期，欧洲有 18 个精神疾病康复治疗中心采用 LSD 精神疗法。

在实际临床治疗中往往还加入了其他药物或精神疗法，用于治疗不同程度的精神和心理疾病：焦虑不能自控、抑郁、性欲降低、酒精依赖、精神分裂症甚至毒品依赖，对病危垂死的重症患者也可以用 LSD。服食酶斯卡灵之后，赫胥黎对那种极度愉悦的精神体验十分惊叹，在临终弥留之际恳求妻子允许他吃酶斯卡灵，于是妻子给了他两剂，他吃完躺下后，什么话也没说，只是凝视着妻子，满眼尽是怜爱和快乐。妻子这样描述：“他这样选择自己的死亡方式，给我们带来了解脱和安慰，其他人是否也能从中得到些许益处？难道我们不能够生

得有尊严，死得也有尊严吗？”

还有几项类似的研究都调查过临终病人服用 LSD 的情况。晚期癌症患者在生命的最后几个月里往往情绪低落、孤独抑郁、紧张焦虑且疼痛难忍，医护人员采取某些医疗手段尽量延长病人的生命，但这只会徒增病人的身心痛苦。最初将 LSD 给晚期癌症患者服用，是想看看是否能减轻病人的痛苦，结果取得了一定疗效，但其心理疗法的意义似乎更重要。帕恩克（Pahnke）博士是美国马里兰州早春小林精神病医院（The Spring Grove Hospital）的一名医生，他既是神学医生，又是心理学家，在 20 世纪 60 年代对此进行了细致而深入的研究。

试验之初，尽管有些精神病患者的精神状况极其糟糕，但所有患者的病症统统都没有恶化，1/3 的人服药后基本没什么变化，1/3 的人表示感觉良好，更有趣的是，余下 1/3 的人表示获得了某种神秘的力量而变得能忍受痛苦了。这就是帕恩克所说的“神奇的迷幻体验”：从心理方面来说，患者内心的焦虑抑郁有所减缓，而内心变得更平和；最令人惊讶的是，他们不再畏惧死亡。

尽管所有调查都显示 LSD 辅助治疗精神疾病没有任何风险，但从科学角度出发，很多相关调查都存在缺陷，几乎没有结论性调查成果，人们原以为致幻剂药物会为精神疾病的发病原理提供线索，结果却让人大失所望，现在这类药物再也不应用于精神疾病的治疗，人们也失去了研究热情。造成这种结果的主要原因在于人类心理的不确定性，而不是科学或医学试验过程的问题。支持和反对 LSD 的人难以就该药物的药性达成一致。

摇头丸（含MDMA苯丙胺类兴奋剂的俗称）

这种药品能带走所有的精神烦扰，它驱赶恐惧，让你的内心重归平静祥和……让你体会到坦荡、纯粹和爱心。愤怒或自私、自卑甚至戒备心太强的人吃了它会有什么反应呢？我简直无法想象。你会洞察到自己内心的最深处，感觉对自我的认识从未这样清晰过，直到药效逐渐消失，这种体验才会结束。

以上可不是 20 世纪 60 年代对 LSD 的描述，而是 1985 年刊载于《纽约杂志》（*New York Magazine*）上的一篇关于摇头丸的文章，描写的正是服药者的心理反应，并且又曾激起当时研究者们对致幻剂问题的研究兴趣。

实际上，摇头丸并不是什么新鲜药物。1914 年，德国人从黄樟树或肉豆蔻中提取了一种叫黄樟素（*Safrole*）和甲基苯丙胺（*Methylamphetamine*）的化学分子物质，首次合成这种具有抑制食欲作用的兴奋剂，但没有投放市场进行批量生产。摇头丸经常被叫做 MDMA^①，这种化学物质的分子结构和 MDA 类似，但二者药效不同。

我们很难把摇头丸归为哪一类具体的毒品，它不像致幻剂 LSD 那样能改变人的意识状态而让人产生幻觉，也不能扰乱人的正常思维，最多能引起情感方面的某些变化，很多服药者都表示感觉很刺激。摇头丸有时也被称为“迷魂药”，是介于兴奋剂和致幻剂之间的一种毒品。

① 译者注：化学分子全称为亚甲二氧甲基苯丙胺。

除了和安非他明一样具有兴奋作用以外，它还能让人感到放松和快乐，带给人一种很愉快很舒服的感觉。过量服用摇头丸也有致幻效果，但药效不如 LSD 等传统致幻剂那样强烈。

通常口服剂量都在 75—150 毫克之间，服药后大约半小时之内起效，一小时之后药效达到最高峰，接下来的两个小时是药效消退期。和 LSD 情况差不多，人们要么认为摇头丸可以为精神疾病的发病原理提供某些线索，要么认为它纯粹就是一种毒品。

人们曾经很诗意地形容摇头丸可以“打开心结”，所以摇头丸也曾被用作精神疾病的辅助用药。它能有效缓解长期患病或癌症患者对死亡的恐惧感，能促进他们和亲友之间的沟通；在婚姻家庭方面，它还是扫除夫妻交流障碍的一剂良药。专业医生表示，摇头丸在临床处方剂量范围内和医生监管下服用，基本不会产生依赖。

摇头丸还有一个用途就是“跳舞药”，因为服用后，“能让不会跳舞的人也跳起来”。大约从 1988 年起，媒体大肆宣传这一毒品的危害，结果反而促进了它的滥用。当时的青年人放荡不羁，对摇头丸着魔一样服用，在强劲的音乐伴奏和闪烁的霓虹灯刺激下，掀起了风靡一时的“浩室”音乐^①、各种彻夜狂欢的俱乐部和瑞舞文化（Raves）高潮。最近在英美国家的调查显示，5%—13% 的青年人都吃过摇头丸，各种俱乐部和舞会上使用摇头丸的比例更是高达 80%。

摇头丸最常见的副反应是下颚紧张、无法自控地磨牙、紧张、心悸等，有时还会让人变得多疑敏感、偏执妄想；和服食 LSD 一样，服食摇头丸也会产生让人“不愉快的旅行”，此时若提高语调，大声警

^① 译者注：House Music，顾名思义，只要你有简单的录音设备，在家里都做得出这种音乐。

醒就能有效对抗这种副反应；摇头丸还会引起血压升高，患有高血压、心脏病和糖尿病的人禁服摇头丸。也许是药物反应过于强劲，以及随之而来的舞步太消耗体力，舞厅经营者往往建议跳舞的人衣着要宽松，多喝水别喝酒，感觉疲惫时一定要停下来休息。有些舞厅还提供专门的休息室，里面配有椅子和空调。目前已知的摇头丸的并发症有体温过高、极度疲惫、抽搐惊厥和急性肾衰。

曾经有人因吃摇头丸而毙命，这主要是两个因素共同作用的结果：最明显的是吃药后情感增盛——舞厅特有的热烈气氛和药物含有的化学成分共同作用于调节体温的大脑中枢，使人精神亢奋；还有一个因素也相当危险但知之者却很少，那就是因饮水过量而造成体内低钠血，因为吃摇头丸的人非常清楚剧烈活动会大量消耗体内水分，也就容易出现饮水过量。这种情况所造成的死亡现象极少，但却引起了媒体的过分关注和夸大报道，误导大众，甚至连政府高层也以为吃摇头丸会危害性命。英国内政部认定“摇头丸是高危的致命毒品”，1993年的《伦斯曼报告》(*The Runciman Report*)中将海洛因和高纯度可卡因归于毒品，而没有将摇头丸也纳入此列，内政部就此而驳回这一报告。

摇头丸还有一个潜在的危害，就是可能对大脑造成长期而不可逆转的损害。动物试验表明，摇头丸会抑制大脑内部一种重要的化学物质的分泌，该物质名为5-羟色胺，是血液中的一种复合胺，分泌不足便会引起大脑神经中枢的损伤，从而造成记忆和认知能力下降。

调查者经常声称“毒品损伤大脑”，却又拿不出让人信服的合理解释来，而动物试验和人体服药的条件相差甚远，所以在拿动物做试验时给药剂量过大、次数过多，方式也更直接（静脉注射或直接注射

人大脑)。不同动物对摇头丸的反应也不同，比如田鼠和实验小白鼠的反应就大不相同，即便都是小白鼠，个体反应也有差异。

针对人体服用摇头丸的试验调查，却极少会区分某些神经中毒反应是由服用过量引起的还是纯属偶然反应。人在做试验调查时总是疏于考虑很多关键因素，比如非法制作合成的摇头丸的纯度和药力，服药者的健康状况、饮食习惯以及是否喝酒或服食其他毒品，而这些因素往往直接导致很多服药后的毒副反应，从而无法从整体上控制试验。还有一些调查报告含糊其辞，将大脑神经中枢发生的“变化”等同于“伤害”来看待。然而奇怪的是，脑部神经的变化程度完全可以借助现代高清晰度的大脑摄影技术来捕捉，却鲜有调查表明大脑这种变化的逆转性有多大。根据对动物用药的长时间跟踪调查，即便大剂量反复用药，脑神经异常变化也很微弱。

不管怎样，动物用药试验都清楚地表明，摇头丸能对大脑神经组织造成不可逆转的伤害，这向所有吃摇头丸的人都敲响了警钟，潜在危害不容忽视。最近科学评论在总结这些调查报告和相关数据时，总爱使用这样的表达：“值得警惕但不绝对”、“部分结论矛盾”，或者使用更引人担忧的语句：“未经证实，但可能性非常大”。

对于其他毒品，人们同样也有着对其未知成分潜在危害的担忧。目前能买到的摇头丸其主要成分为安非他明类兴奋剂混合物、纯安非他明药物或致幻剂与安非他明的混合物，但有时也用氯胺酮(Ketamine，也称开他敏或克他命)。氯胺酮是一种具有止痛和致幻作用的高效麻醉剂，1962年首次合成并广泛用于兽医麻醉手术；60年代它开始用于娱乐场所，一些人利用其致幻效果而当成跳舞药来吃，但

其药效作用时间要比 LSD 短。氯胺酮和普斯普剂^①有些相似，目前已有关于服用氯胺酮产生毒副反应的记载，但其长期影响方面的信息还没有。由于氯胺酮能抑制呼吸，和其他毒品一起服用的反应还不可预测，所以，最好不要将其和酒精、苯甲二氮类的镇静剂药物（如安定片）或者阿片制剂（Opiates）一起服用，否则危险性非常大。

① 译者注：Phencyclidine，简称 PCP，其他学分子名为苯环己哌啶，俗称天使毒品、霸王毒品，是兽医常用的一种麻醉药物。

第九章 毒品类型

海洛因和阿片制剂毒品

吗啡是以希腊神话中的梦神墨菲斯（Morpheus）命名的，梦神是睡神修普诺斯（Hypnos）的儿子。吗啡于1803年首次从由罂粟制得的鸦片中提取出来。1843年，苏格兰人亚历山大·伍登（Alexander Wood, 1817—1884）发明了静脉注射器，为20世纪最典型的社会问题——药物依赖或吸毒成瘾的形成与发展奠定了必要基础。阿片制剂药物依赖史要追溯到几千年前，但直到最近才形成一定的模式。

有趣的是，战争在药物依赖和吸毒史上扮演了重要角色。1851—1856年间欧洲的克里米亚战争^①和1861—1865年的美国内战（American Civil War）都促进了阿片制剂毒品的滥用。但克里米亚战争对欧洲的影响不大，而美国内战却对美国产生了深远的影响，当时，为减缓战争伤痛，双方士兵轻易就能用吗啡或者鸦片来麻醉或止痛，

① 译者注：The Crimean War, 1853年，为争夺巴尔干半岛的控制权而在欧洲爆发的一场战争，土耳其、英国、法国、撒丁王国等先后向俄国宣战，战争一直持续到1856年，以俄国的失败而告终并引发俄国内战。

他们还随身携带这两种药物。美国军医处处长最近发表了一篇名为《内战时期内科与外科医学发展史》(*Medical and Surgical History of the War of the Rebellion*) 的文章, 文章指出: “鸦片……几乎所有重伤伤员都要用到, 对胸部疼痛的止痛效果尤其好……慎重用药, 疗效肯定非常显著。”

前线战士以放荡不羁、有勇无谋著称, 不难想象他们会发现这些药还有其他功效, 总之, 不管是止痛、麻醉还是其他非医疗用途, 阿片制剂药物的滥用在军队如此猖獗, 以至于被看作是“战士病”或“部队病”。当时这些药在美国是合法的医用药品, 内战结束后, 很多药剂师还让退伍士兵购买自己专用的注射器具, 以方便继续用药。

药物依赖或毒品成瘾的确切原因很难说清楚。从美国内战结束一直到 1914 年《哈里森毒品法》^①立法的这段时间内, 据粗略估算, 美国阿片依赖者大约有 20 万人; 截止到 1920 年, 有 264 000 人。不管准确数目是多少, 当时的药物滥用状况足以让人十分警惕。1921 年, 纽约医药署最高长官表示, 美国的阿片消耗量是世界上其他国家和地区的 12 倍以上, 每年的进口量高达 75 万多磅, 而合法医疗用药仅为 7 万磅。

1898 年, 在伦敦圣玛丽医院 (St Mary's Hospital), 又合成了一种新型精神类药品, 并被引入临床医疗。据称这种药品安全可靠, 不会让人上瘾, 人们对它寄予很高的期望, 并赋予它一个美丽动听的名字——“Heroin” (即海洛因, 源自单词 “Hero”, 英雄之意, 指力大无穷的超人, 是神喜欢的人)。但是, 和其他那些所谓“神奇”的毒品一样, 海洛因也让人大失所望: 吗啡依赖者靠它成功戒瘾, 却又很

^① 译者注: *The Harrison Act*, 是美国历史上第一个全国性的禁毒立法。

快对海洛因上瘾。海洛因的医学名称为二乙酰吗啡(Diacetylmorphine),它是从吗啡中提取出来的,却用它治疗吗啡依赖症,这种治疗方法岂不令人非常怀疑吗?

二战期间,德国化学家又合成了一种新型阿片制剂,最初为了纪念阿道夫·希特勒(Adolf Hitler),将其命名为多罗芬^①。二战结束后,机智的美国商务部人员在调查轴心国集团的制药工业时,发现了这一药品,正式将其命名为美沙酮(Methadone),后来这种药在毒品的戒断或脱瘾治疗中发挥了重大作用。

以上这些是最主要的3种阿片制剂毒品,其他还有哌替啶^②和地匹哌酮^③,它们在药力强度和药效作用时间上有所不同,但药效都一样,都是中枢神经系统兴奋剂,药效过后都会有嗜睡、心情抑郁低落等不良反应。

阿片制剂在临床上用作止痛药,但其止痛效果是人体正常药理反应还是心理作用呢?这还很难确定。验证某一种药品的止痛效果的科学试验手段是,对人体某部位的皮肤逐渐加热直到受试者喊疼,吃吗啡之后再重复加热试验,结果发现,受试者疼痛的温度变化很小。如果仅凭人对这些药品的正常药理反应,它们就不能算是止疼药了,但这些药能用作止疼药的最大原因在于,海洛因或吗啡能有效缓解引起疼痛的焦虑紧张和恐惧感,从而间接止痛。

在英国,海洛因是针对癌痛等剧痛常用的临床止痛药物,内科医生也常用它做心脏病治疗药物,几乎所有医生都把它列为处方药的附

① 译者注: Dolophine, 又称美沙酮。

② 译者注: Pethidine, 又称杜冷丁, 一种麻醉镇痛药。

③ 译者注: Dipipanone, 一种麻醉镇痛药。

属用药。任何绝症的晚期患者在生命的最后阶段都会遭受巨大的病痛折磨，但凡能够减少这些病痛的药物，医生都可以用，不用岂不是太愚蠢、太无情？

有些病人可能会因为大剂量使用止疼药而对其产生依赖，但在重症病例中，这种几率很微小。一战期间一位名叫赫尔曼·戈林（Hermann Göring）的德国部队领导人，负伤后因用吗啡止痛而对其上瘾，20 世纪 30 到 40 年代之间，一直继续使用。直到二战结束后的德国纽伦堡大审（The Nuremberg Trials），他被判处绞刑，但于执行前自杀，这才算彻底戒掉了吗啡依赖。

传统观点认为海洛因依赖不外乎是血管注射。因为通过注射摄入，其药效立竿见影，颇受吸毒者青睐。药效在体内的高峰反应难以描述，但这种反应最接近于性高潮时的体验。几乎所有第一次摄入海洛因的人都认为，用药后最显著的反应是极度快乐，但很快这种感觉就消失，随之而来的便是冷静、超脱与梦幻般的轻松。

人们总是将海洛因的摄入与其摄入方式分开讨论，其中的缘由非常重要。海洛因曾多次在多种情况下使用：在远东地带，海洛因被加工成细小的颗粒置入香烟末端以烟吸的方式摄入；在巴基斯坦和印度等亚洲西南部的很多地方，海洛因被直接点燃以鼻吸的方式摄入；即便在西方国家，海洛因也不是通过注射的方式摄入——美国在 1930 年之前，基本都是采用鼻吸摄入，即便是注射也是肌肉注射，这样药效反应比较缓慢，而海洛因依赖者也觉得静脉注射很危险，所以总刻意避免注射摄入。20 世纪 30 年代，静脉注射摄入海洛因已经广为流传，一直到 1945 年成为最主要的摄入形式，并且至今仍受很多西方人的青睐。自 20 世纪 70 年代以来，又一种新型海洛因摄入方式出现了，

这种摄入方式叫做“追龙”。

吸毒者在铝箔上放置海洛因，用火在下方烧烤，然后用卷起的纸管去吸食海洛因烧化后冒出的烟雾，就好像在追逐一条飞舞的烟龙。这种吸食方式药效起效也很快，但比静脉注射的效力稍弱，似乎比血管注射方式安全。事实证明，这的确是一种颇受欢迎且十分诱人的摄入方式。

很快，海洛因的主要摄入方式就由静脉注射变成了鼻吸摄入的“追龙”吸食。在伦敦，首次摄入海洛因的人采用“追龙”吸食法的比例从1974年之前的不足10%上升至1980—1984年间的60%，而在1990年之后，这一比例更是上升到了94%。实际上，目前伦敦所有首次摄入海洛因的人都是通过“追龙”吸食而不是采用血管注射。在某些国家和地区，“追龙”和其他海洛因吸食方式是主要的摄入方式，自20世纪以来，吸食海洛因在香港十分普遍。据估算，目前巴基斯坦和印度吸食海洛因的人数超过100万。

注射式和吸入式海洛因的区别在于其化学成分不同，海洛因类毒品主要有碱类或盐基类和盐类两种形式，药效基本一致。盐类都易溶于水，饱和浓度高，所以便于注射摄入；碱类为脂溶性物质，不溶于水，遇热易挥发成气态，故易于吸入摄入。碱类毒品通常需借助酸性物质（比如柠檬汁）转化成盐类之后，才能溶于水并注射。

很多人都误以为海洛因若通过烟吸方式摄入就不会对它产生依赖，而经常采用“追龙”方式吸入海洛因的人往往从心理和生理上陷入成瘾危机。最新调查显示，“追龙”式吸入比注射式摄入其成瘾的危害性要小，但仍有一些“追龙”者的成瘾问题相当严重。“追龙”也有一定风险，随着“追龙”者的耐受性增强，吸入量会逐渐增大，

花费也就越来越高，从而迫使瘾君子寻求药效更强的摄入方式，注射就在所难免了。

海洛因也可以通过鼻吸摄入，但多年来，英国一些偶尔摄入海洛因的人才采用这种方式，其他还想继续摄入的人都倾向于采用其他令药效更直接更快速的方式，比如“追龙”或注射。然而，近年来美国一度盛行鼻吸海洛因，这令人非常担忧。“追龙”吸入似乎危险性很小，对那些想尝试海洛因又怕注射危险的人很有诱惑力，于是，鼻吸式摄入就成为踏入海洛因依赖者行列的一个入口。

总体来说，海洛因吸食者在实际摄入中，鼻吸、“追龙”和注射 3 种摄入方式总是交替使用。不断变换摄入方式能让药效发挥得更好，但也更危险。在最近一次针对海洛因摄入者摄入方式的变化的调查研究中发现，由鼻吸转入“追龙”或注射的发生几率是相反变换方式的两倍多；同样，由“追龙”转为注射的几率是相反转入方式的两倍多。然而，多数海洛因摄入者都非常清楚注射摄入对身体健康的巨大危害，很多静脉注射者改为其他摄入方式主要是出于避免感染艾滋病病毒或其他传染病的考虑。20 世纪 30 年代美国纽约爆发疟疾，这是第一种因海洛因摄入者共用注射器具而发生交叉感染所造成的大规模传染性疾病。

更不幸的是，目前海洛因在英国更容易购得，荧屏上“追龙”的镜头也越来越多。20 世纪 70 年代末到 80 年代初，走私贩卖到西欧的海洛因质量大大提高，现在英国海洛因的泛滥程度更高，摄入者数量空前增长，连通胀因素也考虑在内的话，海洛因价格自 1978 年以来降低了近五成。摄入海洛因已经不再是什么稀奇古怪的行为，摄入者更不仅限于毒品瘾君子，越来越多来自社会各阶层各行业的人加入到

海洛因使用者的行列中，由此所引发的伤亡事件也越来越突出。一度几乎英国人人都接触过海洛因依赖者，现在多数人都有一位亲友存在或曾经有过海洛因依赖问题。

阿片制剂对我们了解毒品依赖问题有很深的影响，阿片依赖为我们提供了其他毒品依赖的参考。以下是所有阿片制剂依赖都具有的两个明显特征：对毒品反应逐渐产生耐受性、戒断或脱毒后会出现一系列症状。

毒品的耐受性

毒品耐受性的增强表现为摄入剂量的不断增大。对初次摄入者或医疗用药者来说，海洛因的有效剂量一般介于 5—10 毫克之间，200 毫克就足以致命，而有一定耐受性的适应者却能摄入 350 毫克。随着对毒品耐受性的逐渐增强，摄入剂量越来越大。20 世纪 70 年代，在伦敦戒毒门诊，帮助海洛因依赖者戒毒，其中有人每日需摄入的高纯度海洛因剂量高达 900 毫克（相当于加拿大一名有 40 年海洛因依赖史的瘾君子的日摄入量），但这还是从日摄入量 1 600 毫克逐渐减少的结果，他第一天来诊所时连医生都纳闷他一天怎么能摄入这么多海洛因。于是他必须在医生的监督下注射，第一次注射了 160 毫克，他表示有些“烦躁不安”，便出去吃午饭。接下来的 4 小时时间内，他总共注射了 7 次毒品，1 000 毫克海洛因，600 毫克可卡因。在最近的荷兰海洛因辅助戒毒治疗试验中，戒毒者每日摄入量可高达 1 000 毫克，每次摄入量高达 400 毫克。

在盛产海洛因的国家有些人的摄入量更是大得惊人：在巴基斯坦

一些地区，4 克的日常摄入量非常普遍，而 10 克倒没听说过。我所见过摄入量最大的一位巴基斯坦人每天吸食 16 克，即便按现在海洛因平均纯度为 30% 来计算，那么他每天摄入 4.8 克，这个量也是相当大的，这样看来阿片制剂毒品似乎没有一个身体适应限度。

有些阿片制剂毒品即便只用过一次也会产生耐受性，而有些则不容易产生耐受性，还有一些基本不会产生耐受性。很多药学书籍或吸毒者本人都反映，反复摄入频率越高，吸毒所产生的欣快感消退速度就越快。人们一度认为瘾君子会由此而逐渐增加其毒品摄入量，然而事实却不是这样的，很多吸毒者吸毒剂量都保持在一定水平。由此可见，吸毒者摄入毒品剂量的提高更多的是出于一种心理需要而非生理反应。

戒断反应或脱瘾症状

吸毒最显著的特点就是吸毒者对毒品的生理依赖性，这对所有阐释吸毒现象的理论都有重大影响。尽管如此，仍然很少有人能真正理解戒断反应或脱瘾症状，对它的各种神秘描述之多，可汇总成一本书，本书第十一章将详细论述几个典型症状。

戒断反应在毒品药效逐渐消退的几个小时之内就已经出现。反应初期，吸毒者可能会感觉困倦、哈欠不止。停药 24 小时后，会变得焦虑而敏感：坐卧不安，难以入睡，腺体分泌物增加，眼泪鼻涕流不止，汗水、唾液等不能控制地增多，随之便出现骨骼、肌肉和关节疼痛以及呕吐、腹泻和胃痉挛等其他一系列脱瘾症状。

有两个关于毒品瘾君子的俚语就源自戒断反应：“冷火鸡”（Cold

Turkey) 是指突然戒断后吸毒者皮肤的样子，出汗、忽冷忽热、浑身起鸡皮疙瘩等症状使得戒毒者的皮肤就像冰冷的火鸡；戒毒者停止吸毒通常会出现四肢轻微颤抖、双腿抽筋的现象，也就是突然的抽搐症状，像踢开 (Kicking) 某个障碍一样，所以有了俚语“戒除某习惯”(Kicking the Habit)。还有一些难以理解的戒断症状是，男性会无意识地射精，女性会出现类似性高潮的反应。除此之外，阿片制剂毒品的戒断反应就和普通流感的症状一样，让人感觉非常不舒服。

如果对此置之不理，海洛因的强烈戒断反应将持续 48—72 小时。通常情况下会采取其他精神类药物治疗来缓解戒断症状，而吸毒者自己则经常吃镇静剂，这些戒断治疗都需要在医生的监督下进行。然而海洛因戒断治疗没必要借助其他毒品，尤其是如果戒毒者能够得到足够的心理和社会支持，他们一般都能够成功戒掉毒瘾。

很明显，戒断反应与戒毒者对毒品的生理反应息息相关，但戒毒者的心理作用和社会因素也起了至关重要的作用。假如将种种戒断反应提前告知戒毒者，并告诉他们这是戒毒很正常的必经阶段，那么戒毒者的不适反应程度将会大大降低。即便有些戒毒者吸毒剂量非常大，也能在一两个星期之内成功戒掉毒瘾。在巴基斯坦，我亲眼见过一名海洛因严重依赖者，他在突然停止摄入大剂量海洛因之后的 10 天之内，只用镇静剂和治疗腹泻的药物就得到了明显的戒断改善。

然而，20 世纪 30 到 40 年代之间，一些医生怀疑阿片制剂毒品的戒断症状持续时间可能更长。于是，很多研究者随后都表示，戒断者的身体彻底恢复正常状态需要几个月时间。在一项专项调查中，接受海洛因试验的志愿者中有之前从未接触过海洛因的人，也有海洛因依赖者，给他们连续 3 天注射小剂量的海洛因，结果他们在随后长达两

个月的时间里都出现明显的睡眠障碍，而海洛因依赖者生理紊乱的戒断反应持续时间更是长达 6 个月。

海洛因的危害性

海洛因对人体的危害性很大，几乎没有人会怀疑它是一种毒品。况且报纸等新闻媒体总是不厌其烦地报道海洛因致死事件，以及吸毒者感染艾滋病的死亡事件，这似乎有些耸人听闻。同时，医学杂志也在宣传海洛因依赖所引发的种种疾病，肝病和血液类传染病是其中最常见的两种。然而事实却并非如此。海洛因并不是什么毒药，相比于酒精，它的安全系数更高，其不良反应除了便秘之外，还可能导致男性阳痿、女性月经紊乱等性功能障碍症状，对男女都可能造成性欲减退、性生活质量下降以及性快感减少，等等。但奇怪的是，海洛因摄入初期往往能提高性生活质量。我曾经接触过一些男性，最初就是为了治疗阳痿才服用海洛因，最终产生依赖。海洛因的确能对阳痿起到一定疗效，但好景不长，服药者的性功能很快就会降低。这或许是毒品本身对人体产生的正常生化反应吧，也或许是吸毒者戒断的正常反应。

海洛因依赖的危害性在更大程度上取决于依赖者的心理和他们采取的摄入方式，而不是毒品本身的药理特性，然而这似乎与多数人的想法相违背。如何证明这一科学结论呢？阿片制剂毒品依赖者的死亡率远远高于普通人群，据有关估算是正常人群的 20 多倍。为了弄清这个原因，我们需要重新审视毒品依赖者的心理状态：很多毒品依赖者都不重视自己的身体健康，甚至有人公开表示其自杀念头和行为倾

向。毒品依赖与死亡一直是毒品类文学作品的主题，法国著名导演和艺术家让·谷克多也是一名鸦片依赖者，他在作品《鸦片：戒毒者日记》(*Opium : Diary of a Cure*) 中写道：“重水^①会让人死亡，鸦片却不会。”

还有一个事实不容忽略，即注射摄入毒品与毒品本身的药理反应之间的联系。很多由毒品引发的并发症并非是由毒品自身造成的，而是跟注射摄入方式有关。毒品依赖者经常使用不洁注射器具为自己注射毒品，极有可能感染败血症、心脏内膜炎以及病毒性肝炎等疾病，所有这些疾病都会损害他们的身体健康，甚至威胁到生命。总之，所有死亡案例都不是单独由毒品的药理反应直接引发的，而是因为毒品的摄入方式不当，尤其是政府部门对毒品的管理方式不当。

很多毒品依赖者感染一种或多种肝炎病毒，最常见的是乙肝、甲肝和丁型肝炎病毒。在欧洲和北美很多地区，超过半数的吸毒者都携带乙肝病毒，很多国家吸毒者的甲肝患病率也非常高。这些都是非常危险的传染病，都能引发致命的肝硬化和肝癌。病毒性肝炎可通过共用被污染的注射器具传播，也能通过性交传播。初次吸毒者往往是病毒性肝炎的高危人群，因为他们极易和吸毒引导者共用毒品注射器具。1991 年一项英国调查显示，今后病毒性肝炎将成为“最容易被忽略的传染病”。

长期静脉注射毒品，还可导致其他并发症，尤其由于注射动作不娴熟而造成身体局部受伤或血管损伤，最终会使吸毒者找不到合适的注射部位。此时少部分人会考虑不再继续吸毒，有些人则会采用肌肉注射等其他摄入方式。其中最致命的是某些瘾君子继续寻找越来越危险的注射部位。我所见过的最不可思议的注射部位是胸部、脚踝和手

① 译者注：重水与轻水从表面无法区分，但误饮重水会导致死亡。

指（很多人因此而切除手指），甚至在腹股沟静脉注射，很容易造成腹股沟血液凝块，从而阻碍或完全阻断腿部的血液循环，后果非常严重；而该部位注射也极易造成毒品渗入大腿主动脉，引发更严重的后果。

艾滋病与艾滋病病毒（HIV）感染

自本书第一版以来，毒品问题发生了很多变化，其中最值得警惕的变化或许应该是艾滋病病毒的出现，这种病毒直接导致了致命的艾滋病。在本书第六版写作之际，全世界已经有 4 000 万名 HIV 感染者，超过 2 500 万人死于艾滋病。

1981 年，世界首例艾滋病患者得到确认。1984 年，1 型艾滋病病毒 HIV-1 被确认为导致艾滋病及各种临床症状的直接原因。艾滋病病毒是一种逆转录病毒，人体感染该病毒后通常不会有明显表现，潜伏数年之后才会引发一系列病症。HIV 病毒可以通过血液、精液或阴道分泌物传播。几乎所有感染者都是通过以下 3 种途径感染的：共用血液或血液污染的针头、针管等输血器具，同性或异性性交以及母婴传播。

人体感染艾滋病病毒后有几类症状，有些人表现不明显，有些人出现轻微的腺体肿大反应，还有些人会发展为不同程度的器官功能丧失症状。最严重的莫过于继续恶化最终导致艾滋病，并伴有肺部炎症和恶性肿瘤。不采取任何治疗措施的话，其死亡率相当高，传染力也极强。

任何共用注射器具的吸毒者，哪怕是初次使用，感染艾滋病病毒的风险都非常高，共用毒品注射器具或者注射器盛放用具也可能被感

染。爱丁堡是英国最早感染艾滋病病毒最严重的城市之一，1986 年该地区的一项吸毒者调查显示其病毒感染率过半，高于所有欧洲地区的感染率，几乎和美国纽约一致。

现在看来，似乎更容易理解当时导致爱丁堡艾滋病问题严重的社会环境和事件了。1982—1983 年间，一小部分爱丁堡人曾在英格兰的牛津大学读书，并和那里的大学生共用毒品注射器，而很多牛津大学生都是曾在美国空军服役的血友病患者。1983 年，这些大学生返回家乡爱丁堡，对当地的吸毒现象产生了重大影响，后来有两人被确认感染了艾滋病病毒。1982 年，世界杯足球赛在西班牙举行，很多爱丁堡球迷赶赴西班牙并和当地人共用毒品注射器，当时，西班牙吸毒者的艾滋病感染也迅速传播开来。导致爱丁堡吸毒者艾滋病感染现象严重的原因是，注射器具稀少和吸毒者愿意共用注射器具。

在吸毒者聚集或摄入毒品的地方，由于特殊的吸毒仪式以及无菌注射器的供应受限才导致注射器具的共用。爱丁堡注射器的供应之所以受限，主要原因是抵制毒品运动试图通过注射器的限量供应来达到减少吸毒现象的目的。结果却迫使吸毒者冒险共用或反复使用注射器，反而造成更为严重的公共健康事件。众所周知，艾滋病病毒在吸毒者中的传播速度非常惊人，而这也可以通过纽约、米兰、爱丁堡和曼谷的吸毒事件体现出来。

20 世纪 70 年代，原产于贡布^①用罂粟杆制成的一种鸦片制剂在波兰大肆流行，吸毒者往往共用受到血液产品污染的注射针具和毒品溶剂。结果，艾滋病在波兰海洛因吸毒者中的感染率迅速上升，报告感染率为 20%—40%。

① 译者注：Kompot，柬埔寨南部的一个省。

在欧洲，意大利、西班牙、爱尔兰和波兰的吸毒者中，艾滋病的感染率要高于法国、澳大利亚和瑞士。从西班牙沿欧洲南部、法国南部、瑞士和意大利北部一直到前南斯拉夫（Yugoslavia），艾滋病高发率呈明显的地理区域特征。欧洲北部国家和地区的吸毒者其艾滋病发病率相对较低。尽管如此，所有国家报告的艾滋病病毒血清阳性结果都只是该国的总体情况，不能全面反映某些地方性高发现象。

过去，在从前苏联独立出来的国家和一些东欧国家，艾滋病感染的上升趋势达最高水平，且多数由注射吸毒引起。20 世纪 90 年代中期之前，整个中欧和东欧地区官方报告的艾滋病病例不超过 9000 例，而截至 2001 年 6 月，就达到了 20 万例。目前在东欧某些地区发现了艾滋病感染新病例，该地区也是世界艾滋病的高发地区。

近年来，中欧和东欧频发大规模的政治、社会和文化事件。前苏联解体之前，政府部门抵制毒品的政策还相当严厉，注射吸毒并不多见；解体之后，毒品供需均呈上升趋势，注射吸毒者的数量迅速增长。据估算，目前俄罗斯的注射吸毒者人数至少为 300 万，乌克兰至少为 65 万。与此同时，公共卫生基础设施的解体也加速了艾滋病的传播。俄罗斯、乌克兰以及其他几个加盟共和国的艾滋病感染状况极为严重，甚至到了不能控制的地步。

1994—1996 年间，早期的艾滋病爆发于俄罗斯的加里宁格勒（Kaliningrad）和莫斯科（Moscow），乌克兰的敖德萨（Odessa）地区的注射吸毒者中，有 2/3 的人感染艾滋病。前苏联国家的吸毒者都非常年轻，在圣彼得堡（St Petersburg），1/3 的吸毒者年龄都在 19 岁以下，因此艾滋病感染者也基本都是年轻人。在其他东欧国家，艾滋病还处于早期传染阶段，比如 20 世纪 90 年代，波罗的海地区的艾滋病感染

率还相对很低。

现在很多吸毒者都知道不能或者至少要尽量避免共用毒品注射器具，不能使用不洁针具，也尽量不和多人共同吸毒，以此来降低艾滋病感染几率，吸毒者之间艾滋病的传播速度如此之快也可能跟他们之间的性传播有关。

多数吸毒者为年轻人，正处于性能力活跃时期，性交和共用注射器具都能加速艾滋病传播，其性伴侣不管是否吸毒，都会对他们构成威胁。吸毒者往往不会独自一人注射吸毒，而是和其他吸毒者一起互相注射并发生性行为。在注射吸毒过程中，一定要避免危险的性交行为，不能充分意识到这一点，在有效控制艾滋病的传播方面就不会有所进展，其后果也非常可悲。在北美一些城市，很多吸毒者感染艾滋病就是通过注射吸毒时，与其他患有艾滋病的异性吸毒者发生性行为而引起的。母婴传播也多在注射吸毒行为中发生，胎儿感染可能是通过母亲，也可能是通过母亲的性伴侣。

艾滋病如果蔓延到普通人群当中，就会和其他性病一样爆发传染，而目前既没有有效预防该病的疫苗，也没有任何治疗方法。

过量摄入海洛因的奇特案例

众所周知，过量吸毒极易导致死亡。最近对阿片制剂毒品上瘾的年轻人越来越多，由过量摄入致死的事件却极少发生。但在 20 世纪 70 年代之前，过量摄入毒品却是青少年死亡的一个最大原因，尤其是在纽约，已有数千名青少年因毒品摄入过量而死亡。究其原因，有以下几个方面。

首先，多年以来纽约市售的海洛因质量都相当差，平均纯度不到10%。一项对布鲁克林区^①市售海洛因的抽样调查显示，其纯度仅为1/1 000。该调查在所分析的16种毒品掺入成分中发现，奎宁^②最为常见，伦敦的市售海洛因纯度比较高，大约为50%，尽管如此，在吸毒者摄入的毒品成分中也有近一半不知道是什么。

20世纪60年代末期到70年代中期，英国市售海洛因主要为来自东南亚地区的“中国海洛因”，有两种形式，即“白粉”和“大象”。“白粉”是因其白色粉状的外表而得名，“大象”得名是由于其走私到英国的海洛因产品的外包装上印有大象图案。“大象”外表呈褐色，药力比白粉更强。奇怪的是，中国海洛因的纯度只是英国海洛因的1/3，很多吸毒者对药效的反应却恰恰相反，这或许是因为中式海洛因中的其他混合物不同于英式海洛因，也可能是因为对毒品的态度、信仰或其他心理因素影响了吸毒者对药效的反应。

几经警方查抄，20世纪70年代末期，中式海洛因就已经完全退出英国毒品市场，取而代之的是一种深棕色的粉末——“伊朗”海洛因。就在本书第一版写作之际，英国市售海洛因大部分还都是“伊朗”海洛因。从药理学上说，这是一种粗加工的海洛因产品，或许是因为加工提纯不够才造成了这种颜色。

在写作本书第六版时，英国市售的违禁海洛因主要来自阿富汗或巴基斯坦地区。20世纪80年代早期，进口海洛因的纯度有时会高达70%，而市场销售纯度降到30%—60%，平均纯度约为50%。1991年首次公开市售海洛因的纯度基本在35%—55%之间。

① 译者注：Brooklyn，美国纽约西南部工业区。

② 译者注：Quinine，临床用于治疗耐氯喹虫株所致的恶性疟疾。

巴基斯坦海洛因也和中国海洛因、伊朗海洛因一样，在加工过程中掺入了其他化学成分。而英国市售海洛因不同于美国海洛因，极少加入奎宁，但吸毒者能够买到的海洛因往往添加了小苏打、果糖粉、砖末、滑石粉甚至马钱子碱（该物质小剂量有兴奋剂效果，过量则有毒）等各种杂质，有时也含有巴比妥酸盐类或安眠酮等镇静剂成分。向海洛因中添加这些物质，会改变海洛因摄入者的吸毒“体验”，并让吸毒者误以为其质量上乘，但同时也增加了过量摄入以及形成脓疮等并发症的风险。

一种理论认为，吸毒者之所以容易摄入过量阿片制剂毒品，就是由于其中添加了各种其他物质。比如奎宁，过量摄入能导致死亡，其症状表现类似于过量摄入海洛因。而另一种摄入过量的理论，也是多数吸毒者都认同的理论却认为，毒品纯度之高很出人意料，但这几乎不可能，没有可靠证据能证明这一点。在因吸毒过量而亡的死者身边发现了一些包装的海洛因，对其进行化学分析后得知，这些海洛因的纯度低于平均标准。不管怎样，如果海洛因的纯度非常高，那么应该对那些吸毒时间不长的人最危险，而事实却恰恰相反，死者往往都有较长的吸毒史。

还有一个值得信赖的理论是，酒精（更确切地说，应该是乙醇和阿片制剂毒品的混合物）是真正的致死因子。吗啡、海洛因之类只要给喝了酒的人服用最普通的剂量就能产生致命的危险。如果吸毒者意识到这一点，就能避免很多死亡悲剧，今后也应该可以预防。海洛因与乙醇同用是造成其摄入过量假象的本质原因，这两种物质不能一起使用，其他如苯并二氮类和巴比妥酸盐类注射摄入药物也不能和乙醇共同使用。

海洛因的过量摄入现象比人们已知的更为普遍。一些调查发现，比较严重的依赖者总会摄入过量。我所在的国家戒毒中心研究发现，2/3 的海洛因依赖者至少有过一次过量摄入，死亡风险最高的是那些同时还摄入其他毒品的海洛因依赖者，尤其是同时摄入乙醇或其他镇静剂类药物。毫无疑问，相比于“追龙”只有 2% 的过量摄入比例，注射摄入海洛因过量摄入的风险极高，达 31%。

多数过量摄入都是在有其他吸毒者在场的情况下发生的，所以完全有可能采取挽救措施来避免这种死亡：教育吸毒者如何辨认过量吸毒的症状、如何放置昏迷的过量吸毒者有助于其恢复常态，并鼓励他们尽快叫救护车。甚至还有人建议吸毒者使用纳洛酮（Naloxone，烯丙羟吗啡酮），这是一种阿片制剂的吗啡拮抗药物，注射使用能快速缓解海洛因过量的中毒症状。

可卡因

奥地利心理学家西格蒙德·弗洛伊德是精神分析学派的创始人，他或许是 20 世纪最有影响力的精神病学家，他本人就曾有严重的毒品依赖症——烟草依赖症。他烟瘾非常大，一天能抽 20 支雪茄烟，1894 年因吸烟过度被确诊为“尼古丁中毒”而接受治疗。在弗洛伊德写给医生朋友威廉·弗里斯（Wilhelm Fliess）的信里就提到自己戒烟的努力和决心，但结果以失败而告终。后来他总结说自己宁愿以健康为代价来享受吸烟的乐趣，也不愿因为不能吸烟而过“痛苦漫长的人生”。

古柯树的叶子能提取可卡因，能够增强耐力和提高工作效率。弗洛伊德在阅读了有关印裔秘鲁人吃古柯树叶的故事后，对此产生了浓

厚兴趣。他本人曾受“紧张焦虑和精疲力竭”的困扰，便决定亲自体验古柯树叶的神奇功效。口服和注射都尝试过后，他发现这的确管用，自己的精神状态得到了极大改善。于是，他把这些叶子推荐给朋友们吃，还让自己的未婚妻、姐妹和病人一起吃，并写了几篇文章对此大加赞美：“这其中的兴奋与欣喜之情简直妙不可言！”与未婚妻通信时，他形容其中一篇文章是“写给灵丹妙药的一首赞歌”。弗洛伊德连续吃了3年可卡因，之后毫不费力地就戒断了，但他对香烟的瘾却无法戒掉。他的好朋友恩斯特·凡·弗雷斯科（Ernst von Fleischl）却发现自己无可救药地对可卡因上了瘾而无法戒掉。

当时医学界认为可卡因是一种很有价值的药物，弗洛伊德声称它具有让人难以置信的疗效，并在医学杂志《柳叶刀》（1885）上发表文章评论说：

可卡因对多种疾病均有奇特的疗效，对此我们不得不赞叹，几乎所有常见病都能用上它，太出乎我们意料了！

当时，英国著名作家罗伯特·刘易斯·斯蒂文森（Robert Louis Stevenson, 1850—1894）因患重病长期卧床，服过可卡因之后，立刻感觉呼吸非常顺畅，6天之内就完成了6万字的作品《化身博士》（*The Strange Case of Dr Jekyll and Mr Hyde*）。这期间可卡因是否起了重大作用还不能确定，可能是他服药后身心得到释放，使他最终完成了作品，但最大的可能应该是可卡因赋予他创作该作品的灵感，作品反映的就是杰基尔博士服用一种奇怪的药物之后性格完全被颠覆的故事。

英国作家柯南·道尔（Conan Doyle, 1857—1930）所塑造的著名

人物神探夏洛克·福尔摩斯 (Sherlock Holmes) 也是一名可卡因依赖者，在作品《四签名》(*The Sign of Four*) 中，福尔摩斯说“浓度为 7% 的可卡因”恰好可以“提神醒脑”，故事末尾，华森医生反对福尔摩斯注射可卡因，他问：

“你看你，得到什么了？”

“你说我无所得吗？”福尔摩斯说，“瞧瞧火炉上还有‘可卡因’呢！”

他说这话时，瘦长的手已伸到可卡因瓶上去了。

可卡因可以做成香烟或软饮料的形式，也可以做成鼻喷气雾剂或口香糖以及各种处方药物形式。百分之百的纯可卡因在药店里随便就能买到。19 世纪 60 年代，法国调酒师盎格鲁·马里安尼 (Angelo Mariani) 首次用可卡因调制葡萄酒并投放商业市场，从而使其进入普通人群，从此他名声大振，马里安尼很快就成为葡萄酒古柯饮料的代名词。教皇里奥十三世 (Pope Leo XIII) 非常喜欢喝这种酒，据说还曾“为了饮马里安尼葡萄酒而禁欲”，后来他给马里安尼颁发金质奖章，以奖励这位调酒师为人类酒文化所做的贡献。

1885 年，美国人制成一种饮料，该种饮料含可卡因以及由可乐坚果 (Kola Nut) 萃取的咖啡因，被命名为“可口可乐” (Coca-Cola)，这是一种极具美国特色的饮料。1906 年可卡因成为违禁药物，可口可乐中便不再含可卡因；1909 年美国食品与药物管理局禁止可口可乐生产，并且声称，该饮料中并不含可卡因 (Coca)，古柯碱 (Kola) 含量非常少，其名称对消费者是一种误导。

古柯树是一种开花灌木，原生长于安第斯山脉东部地带，从智利最南部一直到最北部，到处都能看到这种树木。几百年以来，秘鲁裔的印度人一直用它来增强体力及耐力或缓解疲劳，这种植物在他们的日常生活中扮演了很重要的角色。古柯碱能加快心跳，使人动脉血压升高、呼吸急促，这对适应高原生活非常有帮助。人们通常把古柯树叶和贝壳粉一起咀嚼吃下，贝壳粉中的碳酸钙和古柯树叶发生化学反应，有助于萃取可卡因和其他生物碱。显然，可卡因摄入量因人而异，但平均日摄入量应在 350—400 毫克之间。

入侵安第斯山脉地区的印加人和西班牙人一再禁止摄入可卡因，尽管如此，当地印度人总会想办法服用这种药物。各种调查估算表明，该地可卡因依赖者数量仍在 800 万—1 500 万之间。目前，可卡因是贫穷的玻利维亚国家的支柱产业，其销售主要受军事部门控制。1980 年，军事政变之前，截获了一位将军的私人飞机，发现机内匿藏有 1 500 磅的高纯度可卡因，纯度为 90%。

古柯树大部分生长在哥伦比亚 (Colombia)、玻利维亚 (Bolivia) 和秘鲁 (Peru)。秘鲁在 20 世纪 90 年代早期古柯产量最大，后来哥伦比亚的产量超过秘鲁。2000 年，哥伦比亚的古柯种植面积超过了 22 万公顷，共产出 35 万公吨古柯干树叶，产量为有史以来最高水平。这些国家的农民努力改进种植技术，一方面是为了增加古柯产量，另一方面则是为了弥补农作物种植的不足。于是，可卡因在世界范围内的供应量提高，零售价格也下降了。自 1990 年以来，欧洲可卡因市售价格一直稳步下降，2002 年的市场价格为 1990 年的一半。世界上可卡因走私主要是从哥伦比亚到美国，因此美国可卡因价格下降幅度更大，2002 年的价格只有 1990 年的 1/3，可卡因使用者的人数接近

600 万，使美国成为可卡因最大消费国。欧洲 3 300 万名可卡因使用者每年的可卡因消耗量占世界总消耗量的近 1/4。

可卡因似乎出现于 19 世纪中期，但目前尚不知最先是由谁提取出来的。1883 年，德国军医给秋季作战的巴伐利亚战士使用这种药物。正如安第斯山脉地区的印度人所反映的那样，该药物能有效缓解疲劳，提高身体机能，让战士们精力充沛，当时还被用作麻醉剂。

可卡因经常被误认为是麻醉剂，而海洛因和吗啡之类的阿片制剂才是最常用的麻醉剂。除了也是合法的医用处方药物之外，它与阿片制剂之间几乎没有任何共同点。1973 年颁布的《毒品滥用法案》第 2 条第 1 款将可卡因与海洛因和吗啡之类的阿片制剂归为同类毒品，这种法律上的规定就误导人们认为可卡因也是阿片制剂毒品。

对于可卡因能否使人上瘾一直存在争议，20 世纪 80 年代这一争议达到最高点。当时，毒品专家都认为高纯度可卡因有成瘾性，美国几个主要大城市的媒体报道也都强调这一点：“是人类已知最容易成瘾的毒品”（阿诺德·华盛顿，《新闻周刊》），这种毒品“成瘾时间非常短，具有致命的危害性”（《观察家报》）。毕竟本书的主要目的是纠正以往人们对毒品的种种误解，没必要再追究这些争议所具有的缺陷。首先要确定的是，毒品的成瘾性是其内在的本质属性，可卡因与海洛因和酒精一样，不会让人对它产生生理依赖，其最主要的特征就是能够产生让多数人为之着迷的药理反应，且吸食所产生的药力更大。可卡因是一种中枢神经兴奋剂，它首先作用于大脑皮层，让人感觉欣快或极度兴奋，出现不由自主的大笑和健谈等，也和其他毒品一样被认为有提高性欲的功效。

摄入少量可卡因，会提高人体活动能力，使动作更协调；大剂量

摄入可卡因，会对大脑造成强烈刺激，引起抽搐或痉挛；过量摄入则让人焦虑抑郁、头痛或昏迷，有时会出现呕吐甚至呼吸停止症状。个体对可卡因的耐受性不同，所以很难界定摄入多少才算是过量摄入：有些人对药物特别敏感，摄入很小的剂量便可能出现过量摄入的症状。可卡因被用作临床麻醉剂以后，某些患者立即出现类似于过敏的中毒反应，反应原因尚不清楚。

20 世纪 70 年代，几乎没人关注可卡因的摄入方式，它的某些副反应却尽人皆知，通常都认为对多数使用者不会造成伤害，也不会成瘾。或许跟摄入方式有关，鼻吸的药效相对缓和，而烟吸或注射的药效就强劲得多。近年来，可卡因摄入者越来越多地采用药效更快速的摄入方式，比如烟吸高纯度或自由基可卡因等。

自由基可卡因是从氢氯化盐中分离出来的可卡因生物碱基，将这种盐溶于乙醚之类的有机溶剂之后，采用化学方法对其进行分离提纯，便能得到无色透明的可卡因生物碱自由基。它是一种高纯度可卡因，可以烟吸，据说是一位德国化学家不经意间将可卡因盐与小苏打混合，在微波炉里合成而制得的。目前很多国家都主要使用这种高纯度的可卡因形式，而在一些拉美国家通常烟吸古柯膏。

早在 1971 年，秘鲁医生就注意到很多年轻人因吸食可卡因而出现的各种问题。13% 的秘鲁人，尤其是山区居民，都通过咀嚼摄入可卡因，相比烟吸摄入，这种摄入方式几乎没有出现严重的身心健康问题。

古柯膏被认为是一种比自由基可卡因稍微简单一点的可卡因形式。将古柯叶与硫酸和石蜡混合便可得到古柯膏，这是用古柯叶萃取制作可卡因的第一道工序的产物，实验分析表明它的可卡因含量在 40%—90% 之间。由于含有其他化学杂质，会对肺部造成严重伤害。

毒品制造国与输入国的毒品问题有所不同。其一就是毒品使用量：巴基斯坦海洛因使用者日摄入量为10克，而伦敦是这个量的2/3。同样，安第斯地区的可卡因摄入量也非常大。最近一项针对秘鲁和玻利维亚可卡因使用者的调查显示，烟吸可卡因形式通常为块状、片剂和粉末状，平均日吸量为16克。显然，比西方国家的摄入量大多得多，这就不难理解南美国家可卡因毒品问题的严重性了。

静脉注射可卡因能使血液中的药物浓度快速上升，瞬间产生极度的欣快感，但这种欣快感很快就会消失，随之便出现抑郁、焦虑和妄想等症状。烟吸古柯膏、高纯度或自由基可卡因都能产生和静脉注射一样的药物效果。

常见的可卡因依赖症状是，依赖者陷入不能自拔的强迫用药心理和行为，容易导致连续几天都无法控制的滥用行为，直到毒品用完，自己也因睡眠障碍而筋疲力尽为止。

1983年，美国设立可卡因依赖者咨询热线，当年便接到了33万多个电话。对随机抽取的咨询者进行调查，结果显示，人均每周毒品花费为637美元。大部分人都表示，如果可卡因价格下降，他们会增加摄入量。吸食可卡因之后往往要用镇静剂缓解各种不适，不适反应多为窦性头痛、鼻腔黏膜充血、毛细血管破裂和溃疡等一系列鼻腔问题，还会导致男性阳痿。超过2/3的人表示受到失眠、焦虑、抑郁、暴躁易怒以及难以集中注意力等症状的困扰，1/4的人表示曾经有过阵发性意识丧失。每10个美国人中至少有1个曾用过可卡因。

酒精和可卡因通常一起使用。二者混合后产生一种叫可卡乙醇的化学物质，相比单独摄入可卡因或酒精，它的活力更强，药效更持久

也更强劲，由其产生的心理欣快感也更强烈，并具有酒精的镇静效果，能有效缓解停用可卡因之后的各种不适症状。然而这种摄入方式也会导致使用者滥用可卡因。

在美国和一些南美国家，可卡因依赖问题是最普遍的毒品问题，已经引起人们的极大关注，然而并非所有的可卡因吸食者都是强迫使用的。迈阿密是美国毒品问题比较严重的城市之一，在那里进行的一项调查研究表明，九成年轻人都曾于过去 3 个月内至少使用过一次高纯度可卡因，其中有 1/3 每天都使用，还有 1/3 每周使用一到两次。频繁摄入可卡因会损害人的身心健康，但加拿大和荷兰的毒品调查结果均显示，媒体夸大了可卡因的风险性，很多可卡因使用者都能自我控制以避免严重后果。

频繁地大剂量摄入可卡因的确有一定风险，使用者可能会变得暴躁易怒，产生被人迫害的幻觉，甚至会变得神志不清。还有一个比较罕见的症状反应是，皮下有虫行蚁走感，奇痒难忍，使用者因此大笑不止，严重者造成抓伤甚至断肢自残。

高纯度可卡因在黑市上也很走俏，是美国贫民窟常见的毒品问题。可卡因是文艺圈的娱乐药物的时代一去不复返了，在欧洲和美国的主要大城市，几乎整个 20 世纪，它都属于管制药品，在黑市上售价高昂，是一种新贵消费品，这从银质的可卡因勺以及各种昂贵的吸毒设备可见一斑。然而，高纯度可卡因的上市似乎颠覆了既定的可卡因形象。

安非他明

安非他明也是一种神经中枢兴奋药物^①，最常见的口服形式有右旋安非他明和苯丙胺。梅太德林也是一种可注射的药物。安非他明最早是以右旋安非他明的形式出现的，鼻吸该药物可治疗哮喘，但本书中所涉及的所有精神类药物都远远超出其临床处方功效，临床安非他明类药品常用于精神分裂症、周期性偏头痛、酒精中毒和癫痫等病症的治疗。

安非他明在二战期间广为使用。当时，德国军队发现这类药物“对大规模袭击战非常有用”，或许其他国家的人也发现了这一用途，美军士兵使用了 7200 万片剂的安非他明，日军士兵使用得更多，战后 10 年里，这些战备药物流向日本的公共市场。于是，这类药物的用量以前所未有的速度增长，其中主要是梅太德林，且通常都是注射摄入。1954 年前后，日本安非他明的使用达到最高峰，使用者多达 100 万人。

当时军方对安非他明使用者的态度如何还不完全清楚。20 世纪 60 年代，美军士兵安非他明的使用量为数百万片剂，其中主要为右旋安非他明，很显然，服药的军事目的是为士兵补充能量，使其提高警觉度，增强作战自信。这应该是好事，但有时也会引起焦躁不安、莫名疼痛以及判断失误等。1992 年，美国军区总署禁止空军使用安非他

^① 还有很多非安非他明类的中枢神经兴奋剂，最常见的有利他林 (Ritalin) 和匹莫林 (Pemoline)，尽管与安非他明类药品的化学成分不同，但其兴奋剂效果和药用目的都相同。

明，在阿富汗战争中却再次使用。当时，美国空军慷慨配给空军作战队总价为 3 000 万美元的 F-16 作战机、激光弹药以及安非他明类药物。安非他明被称为“战士药片”，空军将它作为一种“医疗工具”，然而更为不幸的是，空军战士如果不服药就无法正常飞行作战，这无疑给他们造成很大压力。几次作战事故都反映出该药物的反面药效，其中一次就是阿富汗坎大哈城市上空的燃火事件：一架 AWACS 战斗机从该城市上空经过，机上战士看到陆地起火，误以为遭到敌军袭击，便完全不顾指挥官的停火军令而展开猛烈轰炸，结果导致 4 名加拿大战士死亡，8 人受伤。

阿道夫·希特勒是否吸毒还不是很清楚，但他的身体健康状况的确不好，吃过很多药，有些是医生开的处方药，有些则不是。1938 年，私人医生开始给他静脉注射镇痛药羟氢可待酮治疗腹痛。这些合成的阿片制剂和吗啡的药效相同，如果希特勒只是偶尔用药，那他就不会产生药物依赖。整个二战期间他还服用巴比妥酸盐来缓解失眠，同样，这还是不能证明他是否是为安眠而服药。每天都服用镇静药物极有可能会产生生理和心理方面的依赖，最大的可能就是，他的失眠症状和服用镇静药是由摄入其他药物而引起的。

大约从 1941 年开始，希特勒每天早晨都要注射一针药物，似乎是梅太德林。1943 年，他注射的药物就不止一针了，有时甚至超过 5 针。当时的目击者声称，打完针后，希特勒马上变得警觉和健谈。除了注射，他还口服梅太德林药片，长期摄入这种安非他明类药物对希特勒的身心都产生了极大伤害。由于希特勒对斯大林格勒以及后来几次会战抱有非常不切合实际的盲目乐观态度和过于固执的作战思维，导致纳粹神话彻底破灭，甚至有人把这些惨败归咎于他滥用安非他明类药物。

物。这种观点虽然不绝对正确，但很有趣。的确，希特勒当时的各种暴躁易怒情绪和固执的观念以及惨无人道的屠杀计划都是他滥用安非他明类药物的表现。

可希特勒和纳粹在对待药物的使用的态度方面很奇怪：20 世纪 30 年代，纳粹科学家“证明”吸烟会引发肺癌，还确认了被动吸烟的巨大危害性，这个结论甚至早于现代医学调查；希特勒曾经吸烟很凶，但却断然戒烟并批判烟草是“对人类最危险的毒药”；纳粹不遗余力地宣传戒烟，英国首相丘吉尔是不折不扣的雪茄和酒精依赖者，希特勒可不那样，他既不抽烟也不喝酒，却滥用安非他明、巴比妥酸盐以及其他各种精神类毒品，而所有这些毒品的危害，纳粹没有意识到，而且还加以宣传。

希特勒或许是一个恐怖的政治杀手，但在如此强劲的精神类药品的作用下，不管你多伟大，所做的决定都可能出现纰漏。1956 年，苏伊士战争（The Suez War）中，希特勒惨败，当时的英国首相安东尼·伊登（Anthony Eden）说他“每天都离不开苯丙胺药物”。

由于能够通过外在的人为条件补充能量，不仅只有作战士兵体验到了这些药品的巨大威力，运动员更是难以抗拒它们的诱惑。自行车比赛等体育项目曾多次爆出兴奋剂丑闻事件，服用安非他明类药物会让运动员在多种体育运动项目中表现得更出色。安非他明还能有效缓解身体疲劳，服用后，游泳、长跑和链球运动员的表现都比服用安慰剂要好，链球运动员的成绩比不服药时高 3%—4%。

安非他明类药物的医学临床价值暂时还不十分清楚，多数早期的药理结论都不能让人完全信服。由于这类药物能降低食欲，有时也用于治疗肥胖症，但还是少用为妙，毕竟还不太安全。美国大约有

2000 万名肥胖症患者，因此对这类药物有很大的潜在需求，尽管如此，该类药物在这方面的有效性还有待进一步验证。肥胖症发病受社会和心理因素的共同作用，想要成功减肥，必须先解决这两方面的问题。长期服用安非他明类药物有很大的潜在危害，鉴于此，医生不应该长时间给病人服用这种处方药。

而利他林和安非他明类药物最让人感到奇怪的一个医疗用途是治疗儿童多动症。安非他明是一种中枢神经兴奋剂，却对多动症儿童有神奇的镇静效果，很多服药儿童的表现都发生明显改善，即便停药，这种改善效果也能维持很长时间。然而，也有不理想的方面：首先，10%—40% 的多动症儿童服药后没有任何改善，更令人担忧的应该是，试图通过精神类药品来应对棘手的儿童问题有相当大的潜在危害。多动症现象不好理解，它不是单一病症，很多过于调皮的孩子经常被误诊为多动症。不管怎样，应该把儿童多动症看作一种社会和心理问题，而不是真正意义上的生理疾病。

安非他明类药物的成瘾性是首要讨论话题。有些权威人士坚持认为这类药物没有成瘾性，也有些人认为其具有很强的生理成瘾性，并声称无成瘾性的结论相当危险。

但有一点可以肯定，一些服药者对安非他明的兴奋效果难以抗拒，强烈希望继续用药。随着用药时间的延长，人体对安非他明有了一定耐受性，只有不断加大药量才能维持原有药效。药物耐受性并不是药物本身的特性，从严格意义上来说，人不会对精神类药品的兴奋药效产生耐受性。嗜睡症是一种神经性疾病，它能引起阵发性或不可抑制性睡眠，如果定期给患有这种疾病的人服用安非他明，则疾病在数年之内都能得到很好的控制。对安非他明兴奋药效的反应，兴奋剂依赖

者与嗜睡症患者之间的区别在于他们服药的目的：对追求某些特殊兴奋效果而长期用药的安非他明依赖者来说，对药物的心理依赖性使得他们对原有剂量的药物所产生的药效越来越不满足，于是就不断加大药量，即所谓的药物耐受性，这反映出心理需求越来越强烈，而身体对这种需求的承受能力也随之增强，这个过程必不可少。当然并非所有安非他明用药者都会大幅度增加用药量，除非真的对药物产生了耐受性。

同理，定期服用安非他明的人一旦停药，就可能出现几种戒断症状，有些症状与药效相反，比如昏睡、疲惫和抑郁。然而有些戒断反应很复杂，比如非常明显的睡眠颠倒现象——夜晚失眠而白天嗜睡。为什么会这样呢？是一种生理上的药物依赖还是由长期过度的化学兴奋刺激所造成的身体正常反应呢？这点还不太清楚。从某些方面来说，安非他明是否具有成瘾性是一个语义学问题，而不是一个医学问题。

安非他明类精神毒品在家就能大量制得，制作方法也很简单，手工作坊的制成品主要为硫酸安非他明^①。美国近来一直受脱氧麻黄碱滥用问题的困扰，该问题最初始于西部，后来向东部地区蔓延，尤其是西部和中西部农村小城镇地区，近来总出现与安非他明类药物有关的突发事故，且多于其他精神类药品事故。安非他明类药物还在澳大利亚、日本、爱尔兰以及某些斯堪的纳维亚国家（比如瑞典，安非他明是该国最普遍的注射用精神类药品）广为使用。

近年来，使用安非他明的人数在全世界很多国家都迅速增长，越来越多的国家和地区使用这种药品。联合国 2004 年的一份报告指出，全球有 58 个国家滥用安非他明药物的现象十分明显，自 2001 年以来

① 译者注：Amphetamine Sulphate，化学分子名称为硫酸苯异丙胺。

增长了 25%。据估计，全球使用安非他明类兴奋剂的人数有 3 800 万，其中 60% 的使用者为东亚和东南亚国家的人。中国、缅甸和菲律宾是亚洲地区安非他明类药物的主要制造国家。

近年来，最令人担忧的一种安非他明类药物是脱氧麻黄碱，它和硫酸安非他明一样，只要从当地商店购得所需化学原料，在家就能轻易合成。世界范围内流通的脱氧麻黄碱都是在大型工业化实验室合成的，经调查得知，某些远东地区的药物合成实验室每周能合成 400 千克这种药物。所制得的药物纯度大不相同，尤其是家庭作坊所合成的药物，其纯度有的高达 80%—90%，而有些则只有 10%，这让人很费解。1999 到 2004 年，美国的安非他明类药物制作设备数量翻了一番，为了逃避官方监督，很多药物合成器皿是便携式的，可拆装挪移。用于合成药物的很多化学原料都有毒，有腐蚀性且易燃，制药作坊中极易发生火灾和爆炸事故。2002 年，美国由非法合成安非他明类药物而引发的火灾和爆炸事故多达 694 起。

脱氧麻黄碱又称冰或冰毒 (Meth)，是一种无色或蓝白色的透明碎片状化学物质，可以烟吸、注射、鼻吸以及口服。烟吸摄入通常是用烟斗，有些像烟吸可卡因。注射摄入其药效迅速而持久，能维持 10 个小时。

安非他明类药物的使用者的年龄和社会背景有很大差别，摄入方式也不同。有些人服药纯粹出于该药物的兴奋剂药理作用，可以让人保持清醒和自信，有助于彻夜跳舞狂欢或长途驾车。脱氧麻黄碱通常是舞厅用药，在美国和其他很多国家，同性恋人群经常大量使用这种药品。长时间大剂量摄入脱氧麻黄碱会引发各种问题，很多硫酸安非他明使用者已经对药物产生了心理依赖，但还不能确定其成瘾性是否

普遍。伦敦南部地区一项针对安非他明使用者的调查表明，多数使用者都不会产生药物依赖，少数表示有轻微或中度依赖。毫无疑问，脱氧麻黄碱的成瘾风险明显增加。

安非他明使用者短期内可能会出现焦虑紧张和恐惧感，随着重复次数的增加或大剂量用药，这种感觉可能会更强烈。毫无疑问，这类药物可能引发最严重的吸毒问题事故。服药者长期大剂量使用或突然加大药量，可能会出现攻击性行为，类似于精神分裂症患者的偏执多疑症状。多年以来，很多安非他明依赖者的精神障碍症状都被误诊为精神分裂症。直到 1958 年菲利普·康奈尔（Philip Cornell）出版了针对这一问题的研究专著，该著作明确了服用安非他明之后的不正常精神状态：通常情况下，药物依赖者幻想他人谋害自己，有时也会产生触觉幻觉，所有这些幻觉都伴有极度恐惧感。

这种安非他明心理异常症状似乎是药物依赖者的一种药物中毒反应，而不是由其人格特性所致，而脱氧麻黄碱使用者发生这种症状反应的风险更大。只要用药者停药，不需要采取任何治疗措施和手段，几天之内这种心理异常症状就会自动消失。

巴比妥酸盐和苯（并）二氮类安定药

巴比妥酸盐或许是本书所列精神类药品中最危险的一类，该药物能够抑制神经中枢系统的活性，小剂量使用能缓解紧张焦虑情绪，达到镇静效果；剂量稍大就会抑制人的行为活动，引起困倦、慵懒和嗜睡等症状。在这种药物没有合成之前，酒精、鸦片和颠茄是医生常开的安眠类药物，巴比妥酸盐现在已成为主要的安眠类处方药物。

巴比妥酸盐是 1903 年德国慕尼黑的一名女侍者在无意间制成的，当时就以该侍者的名字将其命名为佛罗拿（Veronal，麻醉剂的一种）；1912 年又合成了巴比妥酸盐的衍生物鲁米那（Luminal，一种镇静剂）；随之，又合成了 2 500 多种巴比妥酸盐衍生物类的化学药品，其中最常见的一些药品至今还在使用，比如吐诺尔（Tuinal，镇静剂或催眠剂）、西可巴比妥（Seconal，速可眠）和阿米妥（Amytal，镇静催眠药）。自 1954 年以来，美国巴比妥酸盐类药物的年平均产量为 350 多吨；1968 年，英格兰和威尔士巴比妥酸盐类药物处方多达 1 700 万剂，超过 10 亿片。后来，由于医生越来越意识到该药物的毒副作用，同时也因为出现了更安全有效的药物，该药物的总体处方量明显下降。

巴比妥酸盐类药物在临床上应用不久后就出现致命的毒副反应，很多服毒自杀者就是服用这种药，多年来巴比妥酸盐中毒也是药物致死的一个主要因素。1965 年，爱丁堡中毒反应救治中心接诊的病例中，一半以上都是由过量服用巴比妥酸盐引起的，而目前这仍然是美国最常见的药物中毒致死原因。

随着人体对该类药物的耐受性逐渐增强，用药剂量越来越大，有效剂量和致命剂量之间的差别也逐渐加大，于是就会产生几种潜在危险。

尽管有很多毒副作用，但巴比妥酸盐曾一直用作安眠药物，并且似乎非常有效。但也有人质疑，因为有些服药者，尤其是长期服用苯巴比通（Phenobarbitone，又称鲁米那，催眠镇静药）的服药者，在第二天清晨醒来后感觉头昏脑涨，困倦不堪，这些症状和宿醉非常相似。

失眠者服用安眠药后睡眠会发生明显变化。科学研究表明，人的睡眠分为几个不同的阶段，其中最重要的就是浅睡眠阶段，此时梦活

动最突出，也是每个人必经的睡眠阶段。有人说自己从来不做梦，其实只是他们不记得做过的梦而已，正常睡眠都会做梦，而服用巴比妥酸盐却能减少浅睡眠时间，这是最让人担忧的地方。一些专家研究发现，睡眠缺乏做梦阶段的人往往更暴躁易怒、偏执多疑，更易产生情感障碍。停用巴比妥酸盐安眠药，做梦的睡眠时间就会显著增长，就像睡眠不足的人补觉一样。

失眠者在最初服用巴比妥酸盐安眠药时都非常管用，很快就能入睡，可逐渐会感觉和没吃药之前一样难以入睡；如果继续用药或者加大用药剂量，就会产生药物依赖风险。而一旦停药，患者的睡眠障碍就会更加严重，辗转反侧、噩梦不断，甚至彻夜难眠。

20 世纪 60 年代，一种不含巴比妥酸盐的新型安眠药出现了，很快取代了巴比妥酸盐，这是一种毒副作用小、相对安全的安眠药。直到 1970 年左右，一些医学权威人士才开始质疑：服药者早就知道药物的功效以及种种毒副反应。新型安眠药复方安眠酮的常见商品名称为 Quaalude 和 Dormutil，和巴比妥酸盐一样具有麻醉神经的精神控制效果，其滥用目的和形式以及戒断反应也都一样，所以也是一种精神控制药物，对吸毒者也有同样的诱惑力。没几年时间，一系列的“安眠酮问题”就出现了，新型毒品问题很快从美国、英国、日本、法国和德国蔓延到世界各地。

巴比妥酸盐在很多方面都类似于酒精，小剂量服用能缓解紧张焦虑情绪，大剂量服用就会导致言语不清、情感外露、言行过激，等等，其表现程度往往和服药者的个性以及所处环境有关。巴比妥酸盐的药理效果也和醉酒一样，这就不难推测服药者滥用该药物的原因了；同样，过量服用后的第二天也会出现与酒精的宿醉反应类似的反应；长

期服药也容易造成生理依赖，停药后也会出现强烈的戒断反应。如果和酒精一起服用，也会加强药效反应，大量饮酒之后服药最易出现过量用药的情况，其潜在的危险后果也更为严重，很多自杀者自杀都与在饮酒后服药有关。

巴比妥酸盐的销售曾经不受管制，购买方便，因此服用者相当多，并且往往是被当作安眠药来吃，久而久之服用者就对其产生了生理和心理依赖。尽管如此，如果有人说他们是吸毒成瘾的人，他们还会火冒三丈呢，另外，即便是那些巴比妥酸盐类药物的极度依赖者也不愿承认这是一种吸毒行为。

在巴比妥酸盐不受管制的年代，伦敦一些医院的伤亡救治和临终关怀机构出现了很多不同程度的这类药物的滥用者和依赖者。有些人过量服药纯属偶然，而有些则介于偶然与自杀之间。可以肯定的是，的确有大量的药物滥用者经常来医院急诊，对有些患者救护人员甚至都能叫出名字来。然而这些病人却不买账，有些病人让人生厌，连走路都不稳，分明是由非医疗目的的超剂量滥用造成的；有些病人过了这一阶段就开始昏睡不醒，经过救治苏醒后又好了伤疤忘了疼，照样滥用药物，甚至再次入院急诊；还有一些药物滥用者因中毒太深而丧命。

相比其他精神类药品，巴比妥酸盐更容易被过量使用，滥用者也更容易出于非医疗目的而服药。注射巴比妥酸盐类药物还会有摄入其他毒品所没有的风险，也是所有毒品中最危险的一种反应。一些依赖者表示，他们是因为不再满足于海洛因的效果而被迫服用巴比妥酸盐的。实际上，相比各种阿片制剂毒品，很多吸毒者都更倾向于享受巴比妥酸盐的反应效果。

多数巴比妥酸盐类药物都不适合注射。这些药物一般呈酸性，注射不当极易造成炎症，并且多数都不易溶于水，尤其是从街头黑市上购得的药物，其往往结块很大，只能口服。于是，很多滥用者往往因为注射了不洁的块状巴比妥酸盐而受到细菌感染，造成局部生理组织脓肿，这也是临床上最常见的药物滥用并发症。脓疮难闻的气味让人掩鼻，最让医护人员头痛，治疗后也会留下难看的伤疤，甚至还可能引起其他急性并发症，巴比妥酸盐还会阻碍血液流通，无疑更增加了这一可能性。很多滥用者由于意识不足，长期在身体某些部位反复注射，就会造成该部位皮肤出现水泡和溃烂，使血液循环受阻，严重者需要截肢甚至因此而死亡。

相比大多数毒品，巴比妥酸盐类药物的戒断反应要复杂得多，也更严重。海洛因的戒断反应就很微弱，而这类药物的戒断反应会产生致命的后果：首先，戒断者紧张焦虑、暴躁易怒、严重失眠，体温缓慢上升，在戒断最高峰时甚至能达到华氏 105 度^①，脉搏加快，肌肉产生僵硬感；随之可能出现呕吐、精神错乱和肢体抽搐痉挛等症状，如果置之不理则可能昏迷甚至死亡。以上各种危险的戒断症状可以通过采用逐渐降低药量的方式来加以避免，比如先让依赖者服用小剂量的苯巴比妥（Phenobarbital，也是一种巴比妥酸盐，药效缓慢持久，很少有依赖者会选用此药）。总之，巴比妥酸盐类药物的戒断反应后果非常严重，即便采取最保守谨慎的戒断措施，也会出现种种强烈反应，这向来是一个棘手的医疗难题。

苯（并）二氮类安定药广泛应用在临床上，部分原因是其药性相对安全，能成功取代巴比妥酸盐而成为一种新型安眠药物。这种药物在缓

① 译者注：约合摄氏 40.5 度。

解紧张焦虑情绪方面更有效，毒副反应较少，即使过量摄入也比较安全。即便如此，它也逃不出众多吸毒者犀利的眼光而滥用于非医疗目的，很多名人，包括埃尔维斯·普莱斯利^①和安迪·沃霍尔^②都是安定药依赖者，埃尔维斯·普莱斯利死于格雷兰德（Graceland）家中的浴室，被证实死前曾将安定片和其他处方药物一起服用；伊丽莎白·泰勒和杰克·丹尼斯^③经常互相服用对方药物。

1984年以来，注射摄入苯（并）二氮类安定药的问题越来越严重。1988—1991年，入住莫兹利医院接受海洛因戒断治疗同时也服用苯（并）二氮类安定药的病人数量翻了一番；20世纪90年代初期，约有1/3的住院病人服用苯（并）二氮类安定药，其中约有一半的人已经产生生理依赖而需要进行戒断治疗。来自苏格兰和英格兰北部地区的调查报告也显示，这类药物的滥用情况非常普遍。

多种苯（并）二氮类安定药都被滥用，其中安定片和羟基安定最为常见。羟基安定最初是液体软胶囊的药物形式，被称为“eggs”，胶囊里的液体可用针管吸出用于注射。考虑到药物依赖者的这些危险做法，制药者就用硬度大的固体凝胶比如石蜡做外壳来盛装药液，希望借此来避免注射行为。

可是仍有人想方设法地注射硬壳里的药物：有些人会加热药壳，使其软化到针头能够扎进为止，这样做的后果是导致更多生理方面的并发症。《大不列颠医学杂志》上发表过一封来自格拉斯哥（Glasgow）的信，信中列举了15名入院治疗的药物依赖者，他们都是因为注射

① 译者注：Elvis Presley, 1935—1977, 美国50年代著名歌手，绰号“猫王”。

② 译者注：Andy Warhol, 1928—1987, 美国20世纪著名艺术家。

③ 译者注：Jack Daniels, 美国著名酿酒师。

这种硬壳包装药物而造成了严重的并发症，其中有些病例需要截肢或切除手指。将外包装换成硬壳是为了防止药物滥用，结果却适得其反。

最近流行的一种被滥用的处方药物是新型毒品 γ -羟基丁丙脂 (Gamma-hydroxybutyrate, GHB)，它于 1960 年首次合成，既不属于巴比妥酸盐，也不是苯（并）二氮类安定药，而是一种神经中枢镇静剂类药物，常用作外科手术麻醉剂，但止痛效果并不理想。

GHB 最早进入市场是以食品添加剂的形式出现在保健品商店，后来被健身塑形的爱美人士所推崇，他们认为该药可以促进激素分泌，是一种无毒副作用的安全药物。GHB 还有一种“俱乐部药物”，酒吧、俱乐部、舞会等娱乐场所里的青少年经常服用这种药以改变精神状态，从而满足某些特殊需求。此外，它还是一种迷奸药。目前到处可见 GHB 被违法销售以及在家庭手工作坊中合成，其配方在互联网上就能搜到。

民间 GHB 有很多种叫法，如 G 水、销魂液 (Liquid Ecstasy)、致残武器 (Grievous Bodily Harm)、野狼 (Wolfies) 和氮蓝 (Blue Nitro)，等等。近年来，很多国家都出现了滥用 GHB 的问题，其严重的毒副反应并不多见，但也有报告称能导致昏迷和死亡。在瑞典，GHB 和海洛因滥用者的死亡情况差不多，毒副反应程度因人而异，也跟服用药物的纯度有关，很多地下加工制成的 GHB 有很大毒性。

第十章 毒品管制

关于个人与社会之间关系问题,剖析最全面最系统的著作当是《论自由》(*On Liberty*),其作者是约翰·穆勒^①。穆勒认为,决定个人与社会之间关系的主要因素是个人的自由程度,人类行为的领域宽广而深远,是国家政权所不能掌控的。穆勒对国家政权这一强制形式表示担忧,认为它就像恶性肿瘤一样控制着个人自由。

不管是当权者还是普通臣民,潜意识里总要把自己的观点和意志强加在他人身上,这是人类内心深处最本质特性的反映。人性就是这样,不愿受他人控制却渴望权力以控制他人,除非他顿悟到罪恶,否则对权力的欲望有增无减,在现实社会,我们必须对此有清醒的认识。

穆勒认为“国家对任何一位国民实施强制政权的唯一目的应该是维护他人的合法权益不受侵害,尽管有悖于这位国民的自身利益,但

^① 译者注: John Stuart Mill, 1806—1873, 英国哲学家、政治家, 实用主义理论代表人物之一。

若只对他个人有利，不管是实质层面的还是道德层面的，都不足以为他开脱。”

自 1859 年穆勒这篇散文第一次发表以来，发生了很多事件。正如他所担忧的那样，国家对个人的影响和控制都加强了。一些国家法规的目的是追求经济利益和物质财富或者种族平等，有人能够看出其中的纰漏，而多数人则不能。另一方面，国家试图在道德和精神层面也对国民施加控制与影响，比如性行为、色情文化、猥亵言行以及吸毒行为，等等。

毒品禁令

毒品管制措施主要包括禁令、刑罚和立法。刑罚和立法有时被视为同一种管制措施，实则不然。刑罚是说某药品违禁但对用药者的惩罚力度不够，甚至没有；立法是说储存或销售药品合法但要受到管制，就像对烟草和酒精类产品的销售进行管制一样。

在标榜自由和民主的国家，刑罚是最具强制性的一种管制形式，讲究证据确凿。英国、美国以及世界多数国家对精神类药品的管制通常都是采用严厉的刑罚政策，目前英国对此的刑罚政策正是基于 1971 年所颁布的《滥用精神类药品管制法案》（*The Misuse of Drugs Act*, 1971），该法案根据毒品对人体的危害程度将其分为 3 个等级，这一分类标准就是法院判决和量刑毒品案件的参照系统，危害程度大惩罚力度就大，反之惩罚力度就小。

这种分类标准最突出的问题就是，把毒品的“危害程度”误解为其内在的本质特性。本书的中心议题之一就是，毒品的毒副反应并非

只由其药理特性这一个因素引起，它还是用药者、用药方式以及用药环境共同作用的结果。另一个问题是，该分类标准有些过时，认为越是严厉的惩罚对犯罪行为越有震慑力，据此，摄入药品的危害性越大，摄入者所受惩罚的力度也就越大，这会对用药者造成更大的伤害。

除此之外，还有其他一些问题。比如，把海洛因、高纯度可卡因、致幻蘑菇和摇头丸归为危害性最大的一类。2004 年又进行重新划分，将大麻醇 (Cannabinol) 等一系列大麻衍生物也划为精神类管制药品 (详见本章稍后部分)；甲基苯丙胺和高纯度可卡因一样，药效强劲且潜在危害非常大，却被划分到二级药品里面 (受到质疑后，国会才将其划到一级药品中)；而羟基安定和其他苯 (并) 二氮类安定药的危害性也非常大，尤其是注射摄入的后果更严重，却被划为三级药品。自 1971 年第一次管制精神类药品的划分归类以来，尽管备受质疑，却很少做过改动，即便有，也只是不起眼的小变化，比如 1977 年，将摇头丸的管制等级上升至一级。

不同国家对精神类药品的管制方式也不同。只有意大利、荷兰和葡萄牙 3 个国家和英国一样，按药品的危害性大小来划分管制等级，而其他欧洲国家多数都是按其滥用的普遍程度来划分的。德国、希腊、丹麦、芬兰和冰岛等很多国家则把海洛因和大麻都划为合法药物。

不管怎样，各国对待精神类药品的管制态度是一致的，管制政策大同小异，都倾向于采用强制的刑罚手段来控制药物供应量，尤其是美国和瑞典。然而也有管制比较松懈的国家，比如荷兰。

在荷兰，管制刑罚约有 3/4 都是经济处罚。1997—1998 年，英国用在精神类药品问题上的支出约为 14 亿英镑，其中立法与禁令颁布占到了 75%，药物依赖救治约占 13%。1999 年，联邦精神类药品控

制年度支出将近 180 亿美元，根据美国国家精神类药品控制策略，2/3 的支出要用在减少药品使用量上，同时国家与地方政府还要追加以上支出的 70%—80%；同年，联邦政府的药品管制执法支出约为 90 亿美元，占药品总支出的 50% 以上；而经医药科学证实，对药物滥用者进行及时救治应该最能立竿见影，然而这方面的支出却只有 30 亿美元，仅占总支出的 1/6。

而荷兰等其他国家在药品强制执法方面的支出都远远高于其预防和救治总支出。也有普遍观点认为，荷兰正逐渐将其精神类药品合法化，可事实并非如此，药品管制依然是政府的一项长期政策：1997 年国内咖啡店的数量为 1 200 家，到 2001 年就降到了 805 家，并成立了专门的执法机构以打击违禁药品交易。几十年以来，政府以及广大民众对滥用药品均持反对态度，在管制政策方面不惜大量财政投入，唯独对大麻很放松。

于是，大量违禁药品滥用者被拘捕，也缴获了大批违禁药品，尽管未能区分其滥用程度，但如此巨额的投入在刑罚与打击方面似乎还是很奏效的。在精神类药品使用者的救治方面的资金投入则明显不足，仅仅为追求所谓的医疗效果，或者核算成本与效益是否成一定正比。即使医疗救治收效良好、益处颇多，大量资金还是用在了刑罚与管制上，人们对此无可厚非，并且普遍认为要严加管制，但法律制度却不能阻止违禁药品的使用，这点是毋庸置疑的。

实际上，不同国家内违禁药物的使用情况与其药物管制的严厉程度几乎没有直接关系。有些国家制定了极其严厉的药物刑罚政策，违禁药物的使用状况仍然十分猖獗，而有些国家的管制政策其严厉程度相对宽松，违禁药物的使用情况却并不怎么严重，比如荷兰和澳大利

亚对大麻的政策就不严格，却一直也不曾出现大麻滥用加剧的情况。

违禁药物刑罚的最早记录可追溯至公元前 2000 年，一位埃及神父这样写道：“我，作为你们的监管人，禁止你们再去那些小旅店，否则你们会堕落成野兽。”16 世纪，德国一位王子颁布咖啡禁令，并对举报者予以奖赏；100 多年后，俄国沙皇规定，对私藏烟草者必处以死刑。

一战期间，英国首相劳埃德·乔治（Lloyd George）首次对精神类药品实施管制。因为他发现阻碍军火武器生产最严重的一个因素是工人酗酒，军火武器制造商受到巨大的经济利益驱使而坚决推行禁酒令，造船工业者联合会强烈要求关闭军工企业园区内的所有公共饮酒场所和俱乐部，国王以身作则首先戒酒，这就是有名的“国王戒酒”事件，但是没有达到预期效果。或许某些政府官员非常不情愿戒酒却一味敦促他人戒酒。几经周折，劳埃德·乔治终于制定了《领土防御法案》（*The Defence of the Realm Act*, 1914），有效地打击了酒精滥用行为，并开创了英国精神类药品管制的先河。

或许正是因为此原因或是其他因素，总之，一战期间英国的饮酒情况大为改观。1914—1918 年，烈性酒的消费量下降了一半，啤酒的消费量下降得更多，从 12 亿加仑降到 4.6 亿加仑；酗酒案例数量下降了近 80%，肝硬化死亡率也下降了 60% 以上。然而，这些变化明显只是在大城镇中出现，农村等边远地区基本不变，并且这种改观的维持时间也不长。一两年之后，除了战乱所带来的种种社会问题和经济萧条之外，还发生了很多重大事件，国内酒类产品的消费量也大大低于一战期间，而这些似乎都已经不重要了。

英国的精神类药品管制体系的最初目的是控制酒精摄入量，结果

却适得其反，酗酒现象有增无减，各地小酒馆临近打烊时还常见醉酒者把酒言欢、不亦乐乎。从 2005 年开始，英格兰与威尔士饮酒场所的开放时间按照新法案的要求执行，新法案的饮酒时间灵活机动，也就是 24 小时随时可以营业，包括酒吧、俱乐部以及超市等酒类饮品的营业场所。这标志着国家政府对酒精控制政策的巨大转变。大不列颠啤酒与酒吧联合会（The British Beer and Pub Association）的一位发言人对这项政策表示十分欢迎：“……成年人终于可以充分享受这项权利了，终于可以自己决定子夜 11 点以后的社交生活了。”于是，在一家连锁酒馆，90% 的营业单位都立即申请延长营业时间。政府方面认为这一举措有效缓解了酒类饮品营业场所营业时间固定的一系列问题，而警方则担忧，第二天清晨由酗酒所引发的社会问题会更严重。这是一个非常有趣的社会自然现象，到底会怎样？相信时间会告诉我们一切。

最极端的莫过于绝对禁酒。芬兰和挪威都曾试验过绝对禁酒，结果都以失败而告终。在这期间，美国是禁酒令实施得最好的国家之一，1920—1933 年，所有现实的报道材料都向世人表明了禁酒立法得失的方方面面。

实施禁酒法案最大的压力来自民间各种禁酒团体。这些团体反对饮酒作乐，将很多恶劣的社会问题归咎于酗酒，坚信酒精是万恶之源，并且将这一信条强加于其他社会成员，为此目的而对其施加强大的政治影响。

和英国一样，美国禁酒令也基于其战争因素。反沙龙协会（The Anti-Saloon League）宣称饮酒属于“非美国性质”，是“亲德表现”，是“年轻人堕落的象征”，是“叛国行为”。《第十八条修正法案》（The

Eighteenth Amendment, 或称《战时禁酒令》，即 *The War Prohibition*) 是在战后一年才颁布的，其动机之一是防止酗酒破坏战后成果。该法令试图彻底禁酒，却没有提出令人满意而又行之有效的过渡方案。立法者坚信，喝酒并非是行为方面的小过失，而是道德败坏、心理脆弱的象征，如果认为通过立法就能达到常人所不能达到的目标，那简直就是自欺欺人，更是妄想。

禁酒令毫不考虑公众感受和需求，从而导致全国的违禁酒产销现象十分普遍。据粗略统计，美国人每年的啤酒消费量为 2 亿加仑，葡萄酒消费量为 1.18 亿加仑。到 1930 年为止，已有 50 万人因喝酒问题而被批捕入狱，总的监禁时间长达 33 000 年；超过 25 万个私酿酒作坊被查封，然而，私酿酒现象仍屡禁不止。对酒的大量需求使得黑市交易异常繁荣，从而导致一系列有组织的犯罪现象，在禁酒令实施期间就发生过 700 多起犯罪团伙暗杀事件。与此同时，很多政府官员对禁酒令表示不满，一些顶级政界人物甚至公然违抗禁酒令。艾尔·卡彭^①这样描述当时的国情：

我挣钱取之有道，是为满足公众需要。如果说我违犯法规，那么我的客户，那些位列芝加哥上层社会的各位名流都将和我犯同样的罪，而我们之间唯一的区别就是我卖酒而他们买酒。我认为自己是个典型的生意人，大家却都叫我诈骗犯，我卖的是私酿酒，是违禁的，而买我酒的那些贵族用银质托盘盛酒待客就是热情，这样公平吗？

① 译者注：Al Capone，美国知名罪犯，芝加哥黑帮控制者。

和其他精神类药品一样，黑市贩卖的酒类产品往往都难以保证其质量，有些私酿酒甚至还有毒。饮用违禁酒已经导致 35 000 起死亡事件，因喝酒所导致的死亡人数上升了 6 倍，还有很多人因此而造成终身残疾，而所有这些都是实施禁酒令的后果。

现在，禁令依然在左右我们的生活。在西方社会不仅有禁酒令，还有其他所有精神类药品的禁令，很多人可能已对此习以为常并不以为然。和禁酒令一样，精神类药品禁令的颁布并非建立在科学证据与理论基础之上，而是纯粹以道德约束为依据。当时在美国，海洛因、阿片制剂和酒精一样都属于违禁药物，而不久之后，海洛因、摇头丸、大麻和安非他明类药物即被宣布解禁。

19 世纪末期，美国报刊大肆报道鸦片黑加工作坊等丑恶事件，并斥之为堕落、危害社会的行径，历来的反华情绪因中国人迷恋抽鸦片而空前高涨。《哈里森毒品法》的颁布更使其达到最高峰，美国成千上万的鸦片依赖者不能再合法地吸食鸦片了，这让他们非常震惊也非常恼火。于是他们联名给财政部写信建言慎重处理鸦片问题，得到的答复却是坚决不会对此纵容姑息。1918 年，许多戒毒门诊开张，旨在帮助药物依赖者脱瘾，然而不到一年，政府就强制关闭了这些门诊。不言而喻，所有药物依赖行为，哪怕只是海洛因依赖，都将再次成为一种犯罪行为，因为法律就是这么规定的。

英国的毒品管制就比美国宽松。在几乎整个 19 世纪里，阿片制剂都可以自由买卖，其消费量和药物致死率都未见增长。随着《哈里森毒品法》的颁布和实施，人们逐渐改用其他非管制药品，但医学处方对这类自行用药也加以限制。一战战局最关键的时期，联军士兵滥用吗啡和可卡因的现象特别严重，尤其是伦敦战场上士兵的可卡因使

用量之大实在惊人，这些都促使法律对某些阿片制剂药物加强管制。于是伦敦多家知名药店，包括哈罗德连锁药店（Harrods），都因向士兵出售吗啡和可卡因而受到处罚，其中一家药店竟然宣称这些药品是“送给在前线作战的朋友的好礼物”。

鉴于其存在对国家安全的潜在巨大危害性，《领土防御法案》将吗啡和可卡因都列为违禁药物。在美国医学权威杂志《柳叶刀》上，威廉姆·柯林斯（William Collins）曾发表文章，声称新法律能彻底震慑药物滥用和吸毒行为，这种断言未免过于自负。

在英国，其他精神类药品的戒断经常以滥用海洛因来辅助治疗，人们似乎越来越相信“大不列颠法律体系”能有效控制这种滥用现象，这或许是误解吧。其实，海洛因只是在20世纪中期以前被用于戒断治疗，当时主要是私人医生给一些中产阶级和医护人员药物滥用者开海洛因或吗啡处方。20世纪60年代以来的社会发生了巨大变化，阿片制剂药物依赖者数量急剧上升，海洛因极少用作毒品戒断的处方药。据估算，当时英国约有25万名海洛因使用者，其中不到1/4的人是出于临床治疗的需要，仅有约1%的人使用海洛因处方药。1990年，注射摄入海洛因的依赖者人数不到200，即便如此，海洛因作为处方药物还是引起了国际社会的轩然大波。然而，不管是海洛因还是其他注射药物，英国对此都反应淡然。

1971年、1976年和1982年，美国尼克松总统、福特总统和里根总统分别发起了轰轰烈烈的禁毒运动，其后的毒品抗议者也不断发起同类运动。禁毒运动的初衷是抵制毒品供应，后来逐渐演变成一场全国性的抵制运动。美国财政部海关总署（US Customs Service）、海岸警卫队（Coast Guard）、边境巡逻队（Border Patrol）、国防部（Department

of Defense)、联邦航空局 (Federal Aviation Administration)、情报部门甚至国家航空航天局 (NASA) 都参与进来。美国国家安全局 (National Security Agency) 动用卫星来跟踪探测南美地区装载化学品的船只。国家军事组织进入外国古柯种植区或可卡因制造区进行破坏打击，违禁药物管制机构人员在 40 多个国家开展工作，许多相关工作人员遭到暗杀或成为暗杀目标。

1986 年，里根总统成立的组织犯罪管理委员会回顾并总结了禁毒成果：“我们信心坚定，一直努力不懈，但仍未取得彻底胜利。禁毒之路任重而道远，我们仍需加倍努力。” 报告还指出，各界同仁齐心协力地抵制毒品供应，虽历经 75 年，却收效甚微，毒品犯罪等各种严峻的社会问题依然十分猖獗。报告最后总结说，禁毒运动应当转变打击目标，直指毒品需求和吸毒者，对吸毒者将严厉制裁、毫不手软。一个有关禁毒的录像资料将人的大脑比作鸡蛋，将毒品比作火上慢慢煎煨的平锅，将吸毒所造成的大脑损伤比作煎鸡蛋。禁毒海报这样建议企业老板：“帮助吸毒的员工戒毒，用解雇来警戒他们。” 要求强制性引入血液或尿液样本做毒品测检。不管是打击毒品供应还是打击吸毒者，吸毒现象仍在继续。

不管是酒精、烟草还是大麻或海洛因，只要市场有需求，禁令就不会奏效。更糟糕的是，任何法律的制定实施都要付出一定的社会代价，其中最为严重的是，禁毒令加重了毒品黑市交易和犯罪现象。由于摄入的毒品不纯，以及畏惧受到法律的制裁，吸毒者即便出现某些身心疾病也不愿就医，这就很容易形成更大的健康隐患。遵纪守法的不吸毒者，可能会由于遭受吸毒者的巨大伤害，而更容易与警方发生直接冲突。一经发现，吸毒者要么被学校开除，要么被公司解雇。而

很多警务工作者也难逃毒品犯罪干系，有很多案例记录他们收受毒贩贿赂，甚至将缴获没收的毒品卖到黑市进行交易。社会在维持法律的同时，也付出了很高的代价，但却对此讳莫如深、视而不见。

1993 年，英国警方和海关部门共查获 8.6 万起毒品走私案件，而据保守估计，这些只是实际案件数量的 10% 甚至更少。同年，5 000 名毒品涉案者被批捕入狱，其中近 1/3 的人被判处一到两年或更长时间的监禁。很多国家对大麻使用的政策越来越宽容，而英国依然投入大量人力、物力和其他资源对大麻严加管制，毒品案件中 80% 以上都跟大麻有关。本年度 5 000 多人因非法匿藏大麻而被捕。

美国的禁毒运动更是愈演愈烈，而由禁毒所带来的不可预测的各种继发事故也越来越严重，禁毒法律也愈加严厉。1993 年，超过 110 万人因毒品案件而入狱，从而直接导致监狱服刑人员激增。1986—1991 年，毒品罪犯占服刑人员总数的比例增加了一倍多，从不到 9% 上升至超过 21%。令人惊讶的是，增长的服刑人员以黑人和西班牙裔美国人吸毒者居多，分别增长了 4.47 倍和 3.24 倍。1994 年，美国监狱服刑人员首次突破 100 万人，加州监狱最多，有 12.6 万人，每年的监禁支出高达 30 亿美元。

由毒品所引发的一系列社会问题也未能得到有效缓解。如果说建筑师不能拿出有效的方案为城市居民解决住房问题，那么毒品管制者在对待毒品的社会问题方面应该多些人道精神。20 世纪 80 年代早期，在爱丁堡，按照禁毒法令，吸毒者难以获得合法的注射针头和针管，警务员和医药工作者以及其他相关人员通力合作，更让吸毒者注射摄入毒品难上加难。然而，道高一尺魔高一丈，吸毒者也是被逼无奈才会偷偷摸摸去医院垃圾桶拣一些使用过的不洁注射器具，或者从其他

吸毒者手里购买。1982 年，爱丁堡最后一家注射器具零售商被迫停止营业，当地医生也迫于警方压力而关闭戒毒诊所。正是如此严厉的禁毒措施引发了共用注射针头现象，从而进一步导致艾滋病和乙肝在苏格兰地区的吸毒者之间大规模爆发。尤其是在爱丁堡和苏格兰东部港口城市敦提（Dundee）等地区，调查显示，多达 65% 的注射吸毒者感染了艾滋病病毒，这一比例为世界之最，使爱丁堡成为欧洲家喻户晓的艾滋病之都。

禁毒令使可卡因成为佛罗里达州的重要经济产业。输入美国的可卡因有 60%—80%（合 40 多吨）是通过迈阿密州而进入的，尽管当地的生活水平每年会因此而提高 5% 以上，然而这也和禁酒令一样，其潜在的社会代价后患无穷，包括黑帮团伙无休止的冲突和流血事件。地方警务人员也难以承受其执法压力，几乎所有的群殴事件都和毒品有关，然而事实上，禁毒令是导致所有犯罪和暴力案件的直接原因。受黑市交易巨大经济利益的驱使，有组织的犯罪行为屡禁不止，他们可不管交易对象是钻石、名画、非法移民，还是海洛因或酒精，只要能捞到钱就会不择手段地为之。目前，国际上的毒品非法交易规模可以同石化产业与旅游业抗衡，可见禁毒令是何等失败。

阿富汗的毒品问题尤其严峻。该国的鸦片种植自 20 世纪 80 年代早期便稳步上升，而美国针对塔利班的军事打击行动对此造成的影响也只是暂时的，之后甚至更加猖獗。阿富汗的鸦片种植目前已扩大到 32 个省区，其产量几乎占世界总产量的 90%，堪称世界之最。2004 年，其鸦片产业收入占国内经济总收入的 60% 以上，已经成为国家的支柱产业。

毫无疑问，任何值得铤而走险的非法交易都会引发腐败、暴力和

动荡。所以，鸦片交易打乱了阿富汗的正常社会秩序和政治格局，正如联合国所说：“我们一直担心阿富汗会成为世界缉毒警察，现在看来，这种担心似乎正在逐渐成为事实。”禁毒行为非但没有起到应有的作用，反而加剧了毒品问题。英国首相布莱尔对未来相当乐观，但是即便是他也不得不承认，禁毒虽投入巨额资金，但是自 2001 年 9·11 事件塔利班政权垮台以后，对鸦片走私交易的控制基本未见任何成效。

冰岛是西方禁酒令最严格的国家，国内严禁出售啤酒，高度酒只在国家特许商店里有售，且售价昂贵；国内没有酒吧或俱乐部之类的饮酒的公共场所，只有在饭店才能喝酒。所有这些都促成了酒类产品黑市的繁荣。很多人不喝葡萄酒或啤酒，而是喝烈性酒，其喝酒习惯也不同于法国等盛产葡萄酒的国家。冰岛是欧洲酗酒问题最严重的国家。

禁酒令的实施是以社会资源的消耗为代价的。在墨西哥，毒品案件数量仅占总体犯罪案件数量的 7%，但政府还是将 70% 的立法预算都花在了毒品管制上。这样管制的结果却是，街头海洛因的纯度从 1976 年的 40% 降到了 3%，这对海洛因依赖者来说，意味着静脉注射的药品价格更高，纯度却更低了。

禁毒令只能引起更多人对毒品的更大关注，却不能有效阻止吸毒行为。关于大麻使用的禁令，其效果也同样让人质疑。

大麻禁令

禁毒令通常没有可靠确凿的科学根据。迫于禁酒团体的压力，《第十八条修正法案》才正式编入成文法典，美国是出于仇外心理，英国

则是出于国家安全考虑。然而这些大麻禁令的制定理由都值得怀疑。

继 1925 年的《日内瓦国际公约》(*The Geneva International Convention*) 之后，英国很快就制定了大麻禁令。当时埃及代表慷慨激昂地痛斥毒品危害，使得大麻最终被列为阿片制剂毒品，且具有成瘾性，必须加以管制，而在此之前，大麻几乎从未引起过欧洲世界的关注。英国代表对此却并不感兴趣，表示听从建议。议会毫不犹豫地制定了大麻禁令。

美国则不同，他们强烈地意识到大麻的潜在功效。美国禁酒令使得酒精依赖者对大麻产生浓厚兴趣，希望大麻可以成为酒精的替代品。在纽约出现很多“茶室”，然而其真正目的是进行大麻交易，类似于某些隐蔽的鸦片交易场所。在“茶室”，大麻售价低廉，既可以即时消费也可以买走，和某些非法经营的小酒馆一样，警方对这类场所视若无睹。20 世纪 30 年代早期，仅纽约市就拥有大约 500 家这种大麻经营场所，即便如此，大麻的使用也并非普遍现象。1933 年禁酒令颁布之后，美国麻醉药品禁毒专员哈里·J. 安斯林格 (Harry J. Anslinger) 认为这会导致大麻的使用转入地下的非法交易场所。

1932 年，安斯林格担任联邦麻醉药品禁毒专员，他对工作倾注了极大热情，尤其是对大麻，始终致力于彻底根除这种罪恶的“毒草”。然而他的禁毒思想未免过于偏激，不切合实际。本章接下来将详细讨论他的某些禁毒主张和做法。彻底根除大麻或许是妄想，但不管是对普通民众，还是对政府官员来说，这一提法都将产生重大影响。

当时的医疗权威机构并没有意识到禁毒令的深远价值。一位医学专家表示，大麻禁令缺乏科学根据，是仅凭少数报刊上言过其实的文章就制定的法令。禁麻令的理论和制定依据不足，其实施有一定难度。

有一篇评论性文章，刊载于 1937 年第 108 期的《美国医学协会杂志》(*Journal of the American Medical Association*)，文章这样写道：

麻醉药品的管理部门和海关部门都以高效率而著称，两部门通力合作，也未能阻止鸦片、古柯叶及其衍生物等毒品流入社会……这到底是为什么呢？是他们过于自信了，天真地以为采取行政联合手段就能对此进行有效管制。

其他反禁令者的理论还有鸟食说。他们认为，金丝雀吃不到大麻种子就没有动听的鸟鸣，甚至会噤声。国会对此言论非常重视，而国家医学协会却持不同观点。

新禁令一经颁布，安斯林格就马上开展了声势浩大的禁毒运动。即便是合法医疗用途的精神类药品，其使用也受到管制，这类药物很快便在临床处方中消失，对使用违禁药品的惩罚力度也加大。1970 年，在佐治亚州，销售大麻将被判处终身监禁，第二次销售将被判处死刑。在路易斯安那州，即使私藏少量大麻，也要受到至少 5 年的劳役惩罚，法官稍加追究，就能判处 15 年劳役。然而，这些都不足以震慑大麻滥用行为。

目前多数西方国家都逐渐降低惩罚力度，和轻微的交通违章一样，美国很多州都将私藏大麻视为小过失；而在丹麦、意大利、挪威、瑞典、瑞士和德国等国家，私藏大麻只会受到警告或处以小金额罚款。大麻禁令严厉的国家在欧洲为数不多，英国是其中之一，即使少量私藏也会被判处长达 5 年的劳役。1988 年后的 5 年时间里，大麻违禁者的数量上涨了近 2/3。1992 年，英国触犯大麻禁令的人数超过 4 万人（海

洛因违禁者 1 400 人)，其中被处监禁的人数为 1 700（海洛因违禁者的监禁人数为 350）。截止到 1997 年，这一数字翻了一番，为超过 8.6 万人，其中 1 900 多人被处监禁。1999 年，大麻违禁者超过 11 万，其中 76 769 人被处监禁。据估算，当年的警力投入更是高达 3.5 亿英镑，这种毒品管制措施实在不可取。

禁毒令尝试过多种改革方案。1979 年关于药物滥用的几点建议的报告中指出，应将大麻从二级毒品管制划到三级毒品里面，但该建议只停留在形式上，实际操作并未实施。最近的一次改革是在 2000 年，朗西曼警察基金会报告（*The Runciman Report of the Police Foundation*）总结指出，尽管大麻滥用现象极其严重，但它是一种相对安全的药物，毒性微乎其微，纯粹娱乐使用更不会直接导致死亡。该报告认为把大麻及各种大麻制剂划为二级毒品是没有科学道理的，这种观点激起了政府的强烈不满。官方机构声称，任何试图重新划分毒品等级的行为，都在暗示“滥用药物从某种程度上可以接受”。

2004 年，英国政府，更确切地说，是当时的内政部部长大卫·布朗凯特（*David Blunkett*）将大麻及其衍生物等各种制剂都划分到三级毒品里面。可是不久之后，新上任的部长对这种改动感到十分惶恐，并考虑是否恢复之前的毒品划分。几经犹豫，加之国家药监局提议不宜恢复，2006 年只得彻底放弃了恢复的念头。因此，内政部部长便声称很多人遭遇此事，最初都会不知所措。

但即便大麻制剂属于三级毒品，私藏大麻仍是违法行为。英国警长协会下达的一份警务指示声明，警方无权逮捕私藏少量大麻的使用者，除非大麻使用者的行为超出“匿藏”范围，或在音乐会等公共场所吸食大麻，或者吸食者不满 18 周岁，才可以无条件将其逮捕。私

藏三级毒品最高可判处两年监禁，主动为他人提供三级毒品或进行三级毒品的非法交易的，最高可判处 5 年监禁。各级警官务必要严格执行该指示。

先不考虑大麻是否对人体有害，禁麻令和《第十八条修正法案》一样，都未取得理想的成效，反而还产生了很多艾尔·卡彭式的黑帮人物，且更容易引发有组织的犯罪活动，并已造成多起枪击暴力案件。这在美国和欧洲，还有现在的英国都屡见不鲜。

正如爱丁堡对注射器具进行管制那样，任何事情都有可能发生，不管其结果你是否想要。禁麻令也造成了很多让人瞠目的后果，但从服食者个人来讲，他们更容易摄入其他高危害性的毒品，或者采用更危险的服食方式；国家层面所遭遇的后果亦是如此。

1969 年，美国实施了一场毒品“拦截行动”，在美国与墨西哥交界的边境地带成功抓获了 493 名大麻携带者，然而缴获的大麻数量却很少。这次行动后来迅速转变成一场与墨西哥警方的合作性拦截，政治意义似乎更大了。墨西哥政府为此毁掉了国内北部地区的很多大麻种植区，然而大麻走私者继续南下，却找到了药力更强劲的毒品。美国方面，由于来自墨西哥的大麻减少，转而从泰国和南亚输入其他毒品。同时，由于大麻服食者对大麻纯度的要求越来越高，输入到美国的大麻类毒品的主要活性成分四氢大麻酚 THC 的含量更高了，因此其药效也就更强了。

为满足日益增长的大麻需求，美国本土开始疯狂研制新型大麻药物。1978 年，美国建议墨西哥政府在大麻上喷洒剧毒农药百草枯，墨西哥政府接受了这一危险而又愚蠢的建议，结果反而刺激了美国大麻种植业，其中一种新培育的品种就是无核大麻森森米亚，它是一种强

力大麻毒品。很快，美国生产的大麻成为世界上质量最佳的大麻品种。

美国大麻非法种植区位于加州南部，总面积约为 1 万平方英里，人称“翡翠三角”（The Emerald Triangle）。室内种植大麻包括卤素灯泡（Halide Growing Lamps）人造光源、水栽方式以及各种高科技栽培手段，这些都更加难以监测。截止到 1987 年，美国国内大麻产量的总价值估计在 331 亿美元，是 1981 年的 2.5 倍，大麻供应量增加了，需求似乎时高时低。据美国国家药物滥用研究所（The US National Institute on Drug Abuse, NIDA）估计，到 1988 年为止，美国 12 岁或 12 岁以上的人口中有 1/3，也就是 6600 万人都曾至少用过一次大麻。相信任何想知道禁令实施效果的人都能从这个事例中找到答案。

也有一些国家不对鸦片进行管制，抽鸦片是他们习以为常的社会现象。比如在印度拉贾斯坦省（Rajasthan），那里环境条件极为恶劣但风景优美，抽鸦片在这个荒漠地区非常普遍，就和西方国家的饮酒习俗一样，不同社会等级和宗教信仰的男男女女都在抽鸦片。如果在这种情形下实施禁令，后果将不堪设想。而巴基斯坦就真的这样做了，随之而来的便是海洛因的滥用。同样，1960 年泰国实行鸦片禁令后，全国性的海洛因问题更加猖獗。

不管你是否相信，服用精神类药品似乎是体现人类正常状态的一个方面，这点很重要，外部制约力量不能将之根除。体罚、罚款以及其他种种强制性的法律手段都曾用于阻止各种精神类药品的使用，有时或许奏效，但通常都以失败告终。

如果把所有精神类药品都视为毒品的话，国家禁毒并不能有效阻止人们吸毒，并且其结果往往适得其反，而鸦片战争就是禁毒最好的体现。

鸦片战争

18 世纪，英格兰精神类药品的滥用现象极其严重，各大新闻媒体称之为“毒品瘟疫”。茶叶的消费量在本世纪内增长了 20 多倍，英国政府开始担心这种主要依靠中国进口的东西会制约本国经济，他们设想，如果中国进口英国丝织品，那么两国就可以互相交换商品了。可在当时，中国对跨国交易的限制非常严格。但不管怎样，中国对鸦片还是有需求的，并且鸦片还是唯一可以大开绿灯能够通商的物品，但对其质量要求也非常高。

17 世纪末，鸦片引入中国。当时东印度公司受经济利益的驱使，居然宣称鸦片是“致命的奢侈品，一般人不要碰，除非卖给外国人”。结果这场跨国生意做得特别成功，截止到 18 世纪末，多达 10% 的中国人都抽鸦片，鸦片已经成为中国人日常生活的一部分，某些省区甚至多数人口都已经对鸦片上瘾。如此恶劣的社会影响和鸦片滥用现象让中国当政的清王朝难以接受。一时军队中的士兵抽鸦片竟也十分猖獗，在被派往广东镇压起义叛乱的 1 000 名士兵中，有 200 人查出因为抽鸦片而造成身体健康恶化并不再适合作战。鸦片在中国泛滥成灾，已经严重影响了社会的方方面面，就连皇帝的儿子中也有 3 个因为对鸦片上瘾而死亡。

于是中国政府实行鸦片禁令，但不管是鞭刑、流放还是坐牢甚至死刑，都不能有效遏制抽鸦片行为。最后清朝皇帝派林则徐以钦差大臣的身份前往广东镇压鸦片走私与贩卖行为，林则徐与英国政府多次交涉未果，甚至亲笔写信给维多利亚女王。最后发生了历史上著名的

“虎门销烟”事件：林则徐将收缴上来的 25 万磅鸦片全部浸入水池，向其中撒入石灰和盐，鸦片浸化后，用水把渣沫冲入大海。

英国的经济利益因此蒙受巨大损失，英政府非常愤怒。当时主持英国外交的巴麦尊爵士（Lord Palmerston）也认为中国政府必须为此做出赔偿，并且允许鸦片贸易继续进行。于是，16 支军舰率领 7000 名海陆军士兵前往中国，发动第一次鸦片战争。然而，继林则徐广东禁烟十几年后的 1856 年，中国新任皇帝再次派遣钦差大臣到广东禁烟。当时，“亚罗号”（Arrow）是一艘中国船，曾为走私方便以英国船的身份在香港当局注册，但已过期，由于“亚罗号”被中国巡河水师扣押，巴麦尊爵士借口“亚罗号事件”炮轰禁烟大使官邸。随即，英国远征军迅速北上，占领北京并火烧圆明园。英国这次军事入侵又是单方行动，清政府被迫接受无限制的鸦片通商。从此，大批鸦片继续涌入中国，英国也继续坐收其利。

鸦片贸易获利颇丰且如此成功，使得很多亚洲国家弃种农作物而改种罂粟。很快，鸦片就成为当地居民赖以生存的支柱产业，地方官僚也认为这是稳定的收入来源。20 世纪 30 和 40 年代日本发动大规模侵略战争，很多亚洲殖民地的鸦片成为他们主要的军事开支，吗啡制药工厂也由此建立。整个亚洲地区有许多国家以鸦片种植为主要经济来源，鸦片也是很多中东国家农村地区的重要商品，百姓可以从中提炼烹饪用油，罂粟叶子可做沙拉，种子能让面包味道更香甜，莢壳还可做牛饲料……鸦片口香糖的销量一直都不错，很多聚会场合都用得到。鸦片种植一旦形成体系，就很难彻底根除，只要有需求，就会有庞大的非法交易链。鸦片战争只是世界历史长河中微不足道的小事件，但对我们的生活造成的影响依然存在。

另类毒品管制措施

彻底禁毒往往无效，国家鼓励又不可能，其实介于这两个极端之间的还有比较理想的解决方案，比如定量配给、政府垄断、限制特许经营店、规定营业时间、不许向未成年人和妇女以及少数族裔人群等特殊群体销售此类药品，等等。

毫无疑问，我们需要更详细的毒品和药效方面的信息。公众得到的相关信息越多，就越能慎重对待吸毒问题，从而所受危害也会减少。如果认为公众得到毒品的所有信息后，吸毒现象就会明显减少，这也未免太天真了，有时，不切实际的恐惧也可能会有有效震慑吸毒行为。

一些早期禁毒主义者认为，在儿童之间普及“酒精危害”知识就能有效遏制酒精依赖，结果并非如此。既然一些禁毒宣传并不能阻止吸毒行为，那么我們也不能指望全面的信息透露就能做到。心理学家发现，一个人的知识多寡与其实际行为没有直接关系。明知摩托飙车非常危险，但还是要去做，同样，明明知道飞机是最安全的交通工具，但还是有很多人不敢乘坐。

为避免儿童接触毒品而对其进行毒品普及教育，事实证明，这种杞人忧天的做法是徒劳的。因为宣传资料所展示的毒品以及吸毒的相关图片虽然让人触目惊心，但却严重失实，所选取的事例也不真实可靠，所有这些都不能有效震慑儿童尝试吸毒的行为。多数研究毒品教育的调查都显示，这种教育基本不能引起儿童的足够认识，也不能产生预期的震慑效果。多年来，健康教育总是强调吸烟的危害性，香烟包装上也按政府规定警示吸烟有害健康，吸烟者都知道这些，然而还

是有数百万烟民继续吸烟。

1988 年，美国加州将每包香烟的税率从 10% 提高到 35%。这项财政收入因此而增加了 6 亿美元，其中 20% 都用于健康教育，其他大部分则用于本年度的烟草抵制运动，一个有关禁烟的公益广告这样说道：“警告：香烟是你的敌人！”

毒品教育的目的到底是什么呢？这是一个非常紧迫的问题，值得我们重新思考。但我们应该很清楚，这么做不能彻底根除毒品，只能让吸毒者所受的危害尽量减少。假如吸毒者掌握了更全面深入的毒品相关知识，或许在今后使用毒品时会更明智。全面了解各种毒品的危害性，有助于他们选择比较安全的毒品种类。

毒品对吸毒者的身心造成很多伤害，但值得庆幸的是，为减少这些伤害所做的种种努力正在逐渐得到尊重和认可。虽然有时要用艾滋病来举例说明以达到这种目的，但有起色终归比没有要好。仍然有坚定的禁毒者反对这种做法，他们认为吸毒非常危险，完全不为社会所接受，还有人认为吸毒是最不能容忍的社会行为。

几乎没有人会赞成自虐行为，法律亦是如此，它强烈反对吸毒这种慢性自杀行为。根据英国《自杀法案》(*The Suicide Act*)，你可以自杀，可以通过服用任何合法毒药或超剂量合法精神类药品来达到自杀目的，但我们却不能为了娱乐目的而使用这些精神类药品，因为这会触犯法律。这些法律条文与精神类药品本身的危害性没多大关系，但禁毒主义者通常以此作为禁毒出发点，比如，科学研究证实大麻比酒精的危害性要小，但还是被列为违禁药物。

本议题更关键的一个原则是，社会倾向于将个人行为的危险性后果最小化。这一原则最早是由古希腊著名哲学家柏拉图提出来的。他

认为国家必须限制自己国民的不良行为，这其实是在最大限度地保护他们免受伤害，因为普通大众都缺乏自我保护意识，甚至不知道自己该享有什么权益。然而不幸的是，对于吸毒，人们明显不愿受到管制，不想被保护。

禁毒令的背后还有某些社会阶层的特殊需求，比如遏制所有对他们不利的事物。希特勒统治下的第三帝国始终反对吸烟，不遗余力地开展许多禁烟运动，很多公共场合都明令禁止吸烟。德国空军和纳粹党卫军军官都不准吸烟，凡是有运动员、美女和跑车镜头的香烟广告一律禁播。近年来，法官德夫林勋爵（Lord Devlin）认为任何损害群体利益的行为都是违法行为，国家通过行政手段禁烟是强迫国民接受传统道德观念，是侵犯人权的做法，也是违法行为。

约翰·穆勒对国家禁毒令也表示不满：

这种强制性的做法极具危害性，它抹杀人的自由权和隐私权，侵犯人的所有社会权利。我相信，任何人的观点都和我一样，大家只是敢怒不敢言。

我们区分个人权利和他人所受伤害的方式还不够明了。酒精和香烟等很多最常用的毒品对他人造成的极大危害，虽然不能确切衡量，但也不可低估，比如二手烟对健康造成的伤害、酒驾事故以及误工，等等。显然，这些代价都非常高。据统计，美国每年因酒精问题所造成的直接经济损失高达 1 000 亿美元。除此之外，还有很多其他无法计算的代价，比如，酒驾司机的亲朋好友所承受的痛苦，等等。

我们对毒品危害性的认识愈来愈多了，可约翰·穆勒看不到这些，

但他也的确在考虑一个相对折中的解决方案。他认为吸毒危害他人利益，政府不应该明令禁止这一行为，而应该间接地加以抑制，比如征税。

这一方法已经用于烟草和酒类商品了，人们对高价烟酒已经习以为常，一瓶威士忌的实际成本只有其零售价格的 1/5。多年来，人们愈加认为一个国家毒品问题的发生率与该国的毒品消耗量有莫大关系，于是才倾向于以行政立法来控制毒品。1977 年，英国议会向政府递交了一份提案，提案对此发表了很多尝试性的意见，该提案这样写道：

我们不建议通过提高税率来控制毒品，比如酒类商品，如果因高税率而使得其售价超出多数人的承受范围，而实际饮酒者中的绝大多数人并没有对酒精产生依赖，这对他们来说就极其不公平。而对那些能够承受高价的酗酒者来说，这种做法又不起丝毫作用，同时还会诱导那些不能承受者尝试其他麻醉类药物毒品。

至今，高税率对消费量的影响究竟如何尚不十分清楚，但详细的分析数据表明，不管烟酒商品在什么时候涨价，在短期内其消费量都会有所下降，或者消费量增长速度缓慢。据称，香烟价格每上涨 10%，青少年香烟消费量就会下降 10%，而成年人则下降 4%。由此可见，价格与消费量有一定关系，但这种关系往往被其他因素削弱，有时甚至都不能体现。1960 到 1990 年，英国烟草消费量呈稳定下降趋势，其中最主要的因素似乎不是价格，这期间的健康宣传也起到了一定作用，人们对吸烟的态度发生转变应该是出于健康考虑，也或许是因为当时复杂的社会变革以及信仰等因素。爱尔兰的情况也差不多，

酒类商品因税率提高而高价销售，销售额提高了，销售量并没有明显降低。关于售价与消费量之间的关系调查多数是针对合法的烟酒商品，而其他精神类药品的这种关系还不太清楚。

如果对某些违禁药品的管制可能放开，那么对其消费量实行价格控制就会变得很重要。人们一直认为对违禁药物的需求与其价格之间没有必然联系，价格上涨不会导致需求降低，这种现象被经济学家称为“非弹性价格”。在这种情况下，试图以提高价格来降低供应量的做法既达不到应有的目的，又可能诱发吸毒者抢劫或盗窃等犯罪行为，使用不纯毒品的危险性也会提高。海洛因吸食者会放弃“追龙”烟吸，而改用注射，对他们而言，这种摄入方式更经济，药效也更强，但危险性也更高。目前，对于不同的违禁药物，还不太清楚其售价对药物依赖程度不同的使用者的影响如何。

但不管怎样，目前违禁药物管制的唯一方式就是提高税率，这种方式存在诸多弊端。即便药物解禁，价格也相当昂贵，严重影响其消费量，用药者也会采用其他非法途径来获取。过去10年中，烟草走私在欧洲大陆愈演愈烈，恰好证明了这一点。相反，如果价格偏低，黑市无利可图，毒品供应充足，就会导致吸毒者人数增多，这样后果更危险。国家实行行政管制还要考虑其他问题，比如零售管理的细节、销售对象的年龄限制以及药物使用场所，等等。

毒品的行政管制还可以采用另一种方式，那就是做广告。这看似可行，但效果到底怎样还不清楚。广告公司认为这不能让人戒烟或戒酒，而只能让人有更多的品牌选择，这与禁毒主义者的初衷相违背，但不正是烟酒商所希望的吗？烟草广告的实际效果到底如何，众说纷纭，至今也没有定论。

政府禁播烟草广告的情况比较少见。但 1971 到 1972 年，英国哥伦比亚政府就这样做了，目的是减少烟酒消费量，尤其是青年人的消费量。事实证明这一禁令受到普遍非议，禁令实施半年以后，几乎有 2/3 的人都表示抗议，一年之后，禁令只得宣布解除。多伦多药物依赖研究基金会（The Addiction Research Foundation of Toronto）对禁酒令做过调查，结果显示，没有任何证据可以证明禁令有所成效。毒品控制的主动权最终掌握在吸毒者个人手里，可见，最行之有效的禁毒方式就是帮助吸毒者做出一个负责任的抉择。

第十一章 探秘瘾君子

.

毒品魔掌中的奴隶

药物依赖群体中最典型的是瘾君子，他们往往被常人或其他药物使用者所误解。在常人眼里，药物依赖者对毒品上瘾，往往是精神堕落的表现，是一种犯罪或疾病，但其实就连他们本人也对自身这种依赖现象迷惑不解。成瘾不仅和药物依赖者本身有关，还与药物的巨大诱惑力有关。

关于毒品，其最大的神秘之处就是吸毒成瘾的人，我们姑且称之为瘾君子，这对我们理解药物依赖非常关键。瘾君子这一神秘现象在20世纪初期尤其引人注目，说到这儿，我们不得不再次提到美国前任毒品专员，著名的哈里·安斯林格先生，因为他对此起了至关重要的作用，正是他成功塑造了瘾君子这一神秘形象。美国文化中对大麻持一种仇外心理，认为它是一种彻头彻尾的外来毒品，只有墨西哥人和黑人才使用。1933年9月15日，《纽约时报》刊载了一篇文章，详细描述了墨西哥毒贩如何向在校学生兜售大麻烟，外国人对此的偏见也不言而喻。当时科罗拉多一家报纸拐弯抹角地评论说：“小小的大麻烟

居然能够毒害如此众多的西班牙裔美国人的心灵！这究竟是怎么回事呢？希望我能为大家解释清楚。”然而，读者所读到的却是通篇的丑恶行径，暴力、性乱交以及同性恋都是大麻所带来的最危险的后果。

和大麻相关的报道基本都这样危言耸听。据记录，在一次毒品大会上，一名政府官员向安斯林格索要大麻吸食者的详细事例：“大麻让人精神堕落，严重危害身体健康。你不是有很多这方面的案例吗？我们要的就是这种恐怖故事。”安斯林格非常高兴，慷慨地给予对方所需资料，并告诉他，即便是最小剂量的大麻也能让人产生阵发性的狂喜，导致乱性、暴力和犯罪。总之，大麻是迄今为止对人类危害性最大的毒品。在作品《毒品走私》（*The Traffic in Narcotics*）中，他极力迎合人们心理上猎奇求怪的扭曲一面，大肆渲染和大麻有关的种种恐怖事件并详细陈述其细节，就像某些花边小报一样，极尽浑身解数哗众取宠，内容读来让人触目惊心，充满了“强奸”“残杀 17 个月大的婴儿”“恶性暴力事件”“谋杀”甚至“叛变”等字眼。比如讲述一个大麻使用者的故事，说他开枪打死两名女子后剖腹自杀，自己的“腹部、心脏一直到喉咙都被尖刀切成了碎片”。安斯林格确信这些悲剧都是由大麻引起的，因为“立法者坚信某人的确是在大麻的药力作用下才做出那种疯狂的举动的”。如果这种描述还不足以令人信服，那么，安斯林格会接着说：“大麻害人不浅，这可是千真万确啊！医生亲眼目睹某位瘾君子吸食大麻后……”

吸毒者或瘾君子就这样被完全妖魔化了，但这恰好能满足普通大众的某种心理需求，人们对此也已经耳熟能详。20 世纪 30 年代，这一形象出现在大量文学作品中。《沙场义犬》（*Bulldog Drummond at Bay*, 1935）中，坏蛋们对一个囚犯百般折磨强迫他招供，窃窃私语

一番后，给他喂下大麻，很快，大麻起作用了：

囚犯痛苦地呻吟着：“那药……那到底是什么药？太可怕了……”

维特（Veight）问道：“难道他们没告诉你吗？这可不是什么好药，沃德朗（Waldron），它叫大麻，是一种墨西哥药物，只需片刻，服药者就会发疯，内心充满恐惧，除了恐惧还是恐惧，你原本坚强的意志力也会荡然无存，大脑不再属于自己，失去自我而任人摆布。最后，要么自杀要么进疯人院。”

1937年实施禁麻令之前，有关文章曾这样评论：“若干年前，纽约拉瓜迪亚医学会（LaGuardia Committee）曾做过一份毒品报告，而禁毒委员会声称该报告所谓的研究中存在肤浅和空洞等诸多弊病。”安斯林格也曾读到过这类文章，对此他颇感振奋，认为这方面大有作为，于是便和禁毒委员会一道大力宣传毒品与犯罪的密切关系。和其他很多有关毒品的神秘事物一样，人们普遍认为瘾君子是一个异化的罪恶形象，这点毫无争议，因为它从一定程度上满足了人们某些特殊的心理需求，即便夸大事实也无可厚非。

人们至今都对瘾君子缺乏足够的认识。一提起吸毒者，就会激起恐慌情绪甚至公愤，安斯林格更是不遗余力地揭发大麻使用者的隐私，对阿片制剂毒品依赖者更是愤怒得离谱。其作品《毒品走私》乏善可陈，只是种种夸大事件的堆砌而已，或许是法律名义上最差劲的一本书。在他所谓的“知名专家”中，有一位是来自圣弗朗西斯科的米歇尔森（Michelsen）大法官：“在法官所经手的每一个毒品案件中，瘾君子们

对于这一称号当之无愧，为了吸毒他们简直无恶不作。”书中对“成瘾”的界定也是引自当时美国的最高法院：

真正的瘾君子完全就是一具行尸走肉……受毒品腐蚀，他们牙齿脱落，食欲不振，肠胃功能失调。膀胱红肿，眼睛和皮肤发黄，一些人鼻黏膜或者充血形成酒糟鼻，或者溃烂造成呼吸困难，血液中氧含量降低，支气管炎和肺结核是常见病，还有阵发性的紧张、痉挛等症状。总之，毒品让他们体无完肤、伤痕累累。幻觉、恐惧侵蚀他们的意识，有时导致精神彻底崩溃，甚至酿成死亡惨剧，且死者往往都是年轻人。

以上对吸毒后果的详细描述，多数人都相信那是客观事实，然而却不是。

有人终生服食海洛因或其他成瘾性精神类药品，包括酒精，却没有出现以上所述的种种可怕症状。我曾经见过几名海洛因依赖者，已经大剂量摄入海洛因长达 40 多年，即便如此也没有出现这些症状。在写作本书第一版时，就有两人每天的摄入剂量有时竟高达 1600 毫克，他们的年龄都在 60 岁以上，都是从青少年时期就开始摄入海洛因，但从任何医学角度来说，这些人的身心健康状态都非常好。这两个事例并非特殊个案。

自伦敦戒毒门诊成立以来，有很多毒品依赖者并未卷入刑事犯罪或毒品非法交易，他们的健康状况也很正常，很多人都有正式工作。他们虽然吸毒但其实和正常人并没有多大区别，却往往被描述成滥用海洛因、身心不正常的瘾君子。人们普遍认为毒品会导致社会道德沦

丧，使吸毒者身心扭曲、堕落。然而，毒品本身并没有这种功能，之所以被误解，跟吸毒者个人的心理特点以及其对吸毒的社会意义的理解有关。如果和安斯林格一样，把吸毒者妖魔化为“麻木、罪恶、危险”的堕落形象，对禁毒不仅毫无益处，而且只能让情况更糟，因为这不仅会误导读者，而且连吸毒者本人也会“对号入座”，下意识地朝这方面去做。这听上去或许很牵强，但事实的确如此，毒品瘾君子俨然已成为一个庞大的社会群体，毒品亚文化在主流文化中也一样不容忽视。

吸毒者本人在谈及毒品成瘾性时，毫不避讳地说自己是“毒品的奴隶”。《鸦片：戒毒者日记》是法国著名导演让·谷克多的作品，该影片就是以1929到1930年的戒毒记录为蓝本，其中让就描述“吸毒者说自己是鸦片的奴隶”。后来这一主题贯穿于几乎所有关于毒品的文学作品。其中，刻画与体现最为深刻的就是威廉·巴勒斯（William Burroughs）的作品《裸体午餐》（*The Naked Lunch*, 1968），文中这样写道：

海洛因是最理想的工业产品……是商业化的终极产物。

没有海洛因，所有交易都免开尊口，客户会竭尽所能买到这种东西。贩卖者总是忽略顾客的感受，从不改善产品质量，他们不是把海洛因卖给顾客，而是把顾客卖给了海洛因。

在作品的后来章节，他又强调这一观点：“这种无休止的需求越来越不能自控……对朋友撒谎、欺骗甚至行窃，采取一切可能的手段来满足毒瘾……毒品瘾君子对自己的言行不能控制，这是一种病态。”

近年来，美国发现强效可卡因具有致命的危害性，这一发现也揭开了“瘾君子是毒品的奴隶”的神秘面纱。1989年4月，美国毒品管制委员会（The US Drug Enforcement Agency）特派专员（很明显，是继前任专员安斯林格死于心脏病之后而委任的）对英国警署的高级警官做了一次演讲。他指出，强效可卡因“已经出现在社会的每一个角落，并且改变了整个社会结构”，“在美国纽约以及其他主要大城市，传统意义上的家庭构成正在逐渐消失……”多达73%的智残智障儿童是由于其父母滥用强效可卡因所致，强效可卡因“是迄今为止所见的危害性最强的一种毒品”，“其成瘾性之强，被认为不可戒断”，最后，“我个人向你保证，只要服用两年就会引发严重的毒品问题。”

英国新闻界最善于激发公共情绪，美国禁毒特派专员这种夸大其词的言论对其产生了不可低估的影响。可是两年后，他的个人影响似乎已经消失，此时英国媒体报道出来的可卡因事件都不再提及他之前的预测。

毒品瘾君子之间的谈话也会于无意间流露出对毒品不可救药的依赖，或是值得庆贺，或是很无奈的事情，总之，这就是瘾君子的生活。他们受毒品牵制，上瘾是如此无助，根本就无法控制自己的言行。吸毒者通常认为，戒毒是一种无谓的牺牲，这种想法既是吸毒理由又是吸毒结果，它从一定层面上解释了毒品依赖者的生活方式。但由于他们把毒瘾归咎于毒品所产生的难以抗拒的药效，这就为戒毒设置了一种无形的障碍，正是吸毒者本人的思维定式使得他们不敢面对戒毒事实，难以逃脱“瘾君子”头衔的禁锢，觉得戒毒几乎不可能。

实际上，毒品依赖者和常人一样面临多种选择，戒毒或许就是一种艰难的选择。对他们而言，戒毒异常困难，但完全有可能，多数

人都能戒断,只是时间早晚的问题。很多人,比如酒精依赖者和吸烟者,甚至不需要戒断治疗,自己就能戒掉。有趣的是,戒毒门诊往往采用心理或精神疗法,以鼓励药物依赖者自我改变,从而达到戒毒目的。

毒瘾往往无可救药,而与此相反的是,一些吸毒者能成功戒毒,正是因为意识到自身正在逐渐对毒品产生生理依赖。和使用者一样,对依赖者而言,吸毒代价和收益之间的平衡似乎逐渐发生倾斜,当代价明显高于收益时,很多人就决定戒毒。有一个针对戒酒者的讽刺诗句,总结极其精炼,这样写道:“喝酒伤自己的肝脏,伤爱人的心,干扰正常生活,最后触犯法律。”

戒断,不堪忍受之剧痛

戒毒者的戒断症状往往被夸大,导致其恐惧心理而影响正常戒毒。媒体经常煞有介事地报道海洛因的戒断症状,指出其典型反应就是让戒断者不堪忍受的剧痛,而这恰恰迎合了公众强烈的窥阴心理。《金臂人》(*The Man with the Golden Arm*)是最早反映戒断症状的影片之一;后来还有《法国贩毒网 2》(*French Connection II*)讲述了勇敢坚强的主人公被歹徒强迫用药而变成爬行动物的故事,他努力摆脱对那种药物的依赖;约翰·列侬(John Lennon)的唱片“戒断之痛”(Cold Turkey)表现的正是毒品戒断的痛苦症状(参见第九章)的主题,列侬唱出了戒毒者内心深处撕心裂肺的苦痛挣扎。1980年6月,《新社会》(*New Society*)杂志刊载了一篇文章《哈莱姆的戒毒者》(*Cold Turkey in Harlem*),该文章也是讲述一名毒品瘾君子“饱受戒断折磨……最终成功脱瘾”的故事,这种描写往往言过其实,与现实严重脱节。诚然,

戒断或许无比痛苦，但也不至于到神秘莫测的地步。

阿片制剂毒品的戒断是公认的生理依赖戒断之一，然而也有很多心理依赖因素。对多数依赖者来说，戒断和强烈的摄入欲望是密不可分的，二者相辅相成。根据巴普洛夫的条件反射定律，如果一名毒品依赖者在特定的地点或时间注射毒品，那么他就会从这种特定的地点或时间中获得一种条件性的满足感。于是，某些对他人没有任何作用的情景或条件，对吸毒者来说，也能激起他们对毒品的强烈欲望，比如看到皮卡迪利圆形广场（Piccadilly Circus）或纽约时代广场（Times Square）上容易让人联想到吸毒的地方，或者听到有关毒品的回忆的音乐。戒掉海洛因之后，安东尼·夏普勒斯（Anthony Sharples）这样写道：

在实际生活中我尽量避免再与吸毒者接触，因为他们的出现和谈话是……最能激发我对海洛因的强烈欲望……同样所有与此相关的东西，地理、社会、经济以及文化方面的种种因素，只要和吸毒有关我就必须避免。

条件反射的效果有时会相反。如果依赖者非常渴望毒品而不能得到满足，就会干脆注射水甚至把空针头推入血管来缓解这种欲望。当然，这只是少数吸毒者的做法，但已经引起广泛关注。

多数戒断者都能承受脱瘾的痛苦，不会出现严重的并发症。若住院进行阶段式脱瘾，在短期内，任何吸毒者不管摄入的毒品是什么类型，摄入剂量有多大，都能成功地彻底戒断，所需时间依医生和吸毒者的具体情况而定，海洛因依赖者的脱瘾时间从几天到两三周不等。

我曾在巴基斯坦的戒毒门诊进行实地观察，结果发现，即便是日摄入量高达 10 克以上的海洛因依赖者也只需短短 10 天就成功脱瘾，且不适反应很小。

不同精神类药品的戒断反应也各不相同，而酒精戒断往往反应很严重，对戒断者而言，戒断反应异常痛苦，且具有很大的风险性。相比之下，对阿片制剂戒断采用谨慎而循序渐进的治疗方案，戒断反应的痛苦就很小。即便如此，阿片制剂依赖者对此还是非常惧怕，因为他们而言，戒断过程本身并不可怕，可怕的是戒断的结果，因为这意味着他们永远都不能再服用这种药物，他们必须面对戒断之后难言的空虚，彻底脱离原来虚幻的精神状态而融入现实的正常生活。

追究药物依赖的客观原因或者讨论依赖者是否能成功戒断，这纯粹是徒劳的。药物依赖者对药物的个人态度、信念和期望值也同样重要，如果从心理上认定自己不能戒断，那他就真的无可救药不能戒断了。真正不能戒断的原因在于药物依赖者本人而不是药物的药理本质。

戒茶、戒咖啡、戒烟、戒酒甚至戒掉海洛因，完全凭借个人毅力而成功脱瘾的大有人在，对很多药物依赖者而言，这些活生生的例子最有说服力，足以让他们对戒毒充满信心。1974 年，李·罗宾斯（Lee Robins）通过对美国现役军人的调查发现，吸毒在越战老兵中很流行，但他们回国后复吸的人极少（对该研究的社会意义调查详见第三章）。在越南就已经产生药物依赖（主要是海洛因）的士兵，回国后只有 7% 的人复吸且上瘾，但在这些人中，至少有九成以上都能成功戒断。诚然，这种调查所处环境或许很特殊，但普通药物依赖者人群中也不乏成功戒断之人。

1995 年，我们开始了一项全国性的戒断治疗调查研究（The National Treatment Outcome Research Study, NTORS），对英国 54 个毒品问题治疗门诊的 1 000 多名药物依赖者进行跟踪调查，其中主要是海洛因依赖者。调查结果表明，经治疗，绝大部分依赖者的并发症都有显著改善，两年后，半数以上的依赖者能成功戒断海洛因。采用美沙酮疗法的人即便原本只是为了缓解毒副作用，但也有 1/3 的人成功戒断。如此高的成功戒断率实在让人惊叹，并且其他类似调查也是这种结果。所有这些都表明，药物依赖并非不可逆转。

毒蛇

耶和华神所造的，唯有蛇比田野一切的活物更狡猾。

（《创世记》3:1）

亚当和夏娃都经不起毒蛇的诱惑而被上帝逐出伊甸园，很显然，毒蛇比他们都聪明。

毒品神话构成的背后还有一个因素，那就是毒品贩卖者。人们往往认为这类人胆大包天、无恶不作，专门引诱那些意志力不够坚定的年轻人并强迫很多无辜者吸毒。不用多久，这些人就会对毒品上瘾且不可逆转，而成为毒品和毒贩的奴隶，其生活和行为任由毒贩摆布使唤，从而堕入罪恶的深渊。

以上对毒贩形象的描述与现实相差很远，但却广为流传。之所以塑造一个如此罪恶的形象，就是为了缓解对心理脆弱性的恐惧感。人性就是这样，一旦面对棘手的问题，就要预设一个难以应对的假想敌

而为失败找借口。遭遇内心的矛盾冲突，尤其是搞政治的人，总是习惯寻找甚至编造一个外在对手来圆融自己的信仰。乔治·奥威尔的作品《1984》表示对外界的忧患意识已经上升到国家政权的高度。同样，这种担忧还体现在对身体健康状况的态度上，认为外界环境中充满了各种有害细菌和病毒，于是就有了除臭剂和消毒剂等产品。

一旦我们所信奉的社会和道德标准遭到攻击，我们就会习惯性地寻找那个危险分子。人们总认为年轻人对毒品上瘾与吸毒者本人的心理状况及其所处的社会环境无关，而应该归咎于毒品贩卖者，认为他们就是控制吸毒者的灵魂、引诱他们堕落的恶魔。

英国的 20 世纪 60 年代被认为是毒品泛滥的年代，当时涌现出大量的海洛因和阿片制剂毒品依赖者，这就是人所共知的宅居办公一族。20 世纪初，药物依赖者的数量还很少，1945 年有 367 人，1955 年只有 335 人。多数人都是由于临床目的的医疗处方而对某种药物产生了依赖，也有一些医护人员利用职务之便摄入某些麻醉类或精神类药品。20 世纪 50 年代期间，非医疗处方的药物依赖者人数还非常少，还不足 100 人。可是到了 60 年代，对海洛因上瘾的年轻人数量激增，引起了人们的警惕。1968 年之前的 4 年内，英国宅居办公一族非医疗处方的海洛因依赖者数量翻了两番，达到 2 500 人，而在 10 年前，还只有 68 人。这一惊人的数字在当时引起相当高的警觉，毒品问题何以如此猖獗，幕后推手究竟是谁？没有人会跑到伦敦大街上堂而皇之地公告天下他就是引发毒品问题的罪魁祸首，看不见猜不透，毒品似乎被罩上了一层神秘的面纱。从这点来讲，人们的恐慌不无道理。

但终究要找个犯罪目标吧，功夫不负有心人，很快替罪羊就出现了，那就是贩毒者。几大新闻报刊对这一新发现都争相报道，一时间，

毒贩子似乎充斥于大街小巷。甚至有人编造故事来恐吓孩子，说看到毒贩子伪装成卖冰激凌的人向放学回家的学生兜售毒品骗钱，引诱无辜的孩子吸毒。可是，听着这种故事长大的孩子，成年后最不能抵制毒品的诱惑。在实际生活中，毒品交易通常是在吸毒者之间进行的。如果非要在吸毒者和贩毒者之间划出清晰的界线，那只能说明对毒品亚文化还不够了解。人第一次接触毒品几乎都是在聚会或派对之类轻松愉悦的社交场合，主动提供毒品的人也通常是这个人的朋友或熟识的人，而不是传统观念里陌生的毒贩子，提供毒品就像敬烟、敬酒一样只是一种普遍的社交礼仪。这或许让很多人感到吃惊，原来吸毒环境如此熟悉而普通，给毒的居然是熟人或朋友，也不是传说中面目可憎的陌生人！

给毒者还通过其他方式为药物依赖者提供毒品。比如，伦敦曾经有少数医生给海洛因和可卡因依赖者开超大剂量的这种处方药。1965年，脑科学研究委员会（**The Brain Committee**）向英国政府递交了一份报告，报告确认了一批有药物依赖的医生是导致患者对药物产生依赖的主要推手。随后，这一报告内容经常被用来解释英国严重的海洛因问题，但其真实可靠性却没有加以考证。

据说，当时有6名医生违禁开药，其中一位就是爱莎贝拉·弗兰考女医生（**Lady Isabella Frankau**），她在温布尔大街拥有一家私人医院，可谓伦敦最豪华尊贵的私人健康会所之一。弗兰考医生为了让病人远离毒品黑市而尽量满足病人的用药需求，据说仅1962年一年，她就开出了高达60万片剂的海洛因。她还曾经给一位海洛因依赖病人一次性开900片海洛因，而三天后“病人不小心弄丢了600片”，只得又开600片。还有两位医生都曾给病人一次性开过1000片海洛因，

开具违禁管制药品的行为竟然如此明目张胆。然而，由于无从知道药物依赖者的确切数字以及每个依赖者的不同依赖程度，故以上数据也可能存在误导性，而即便这些数据都很详尽，也很难解释每个医生的不同开药习惯。比如，据我所知，曾经有一位海洛因重度依赖者，每周摄入量超过 1 000 片。假如考虑这些因素，那么脑科学研究委员会的报告数据就不值得震惊了。

1967 年，又有两名涉毒医生出现。其中一位是彼特罗医生 (Dr Petro)，他没有私人诊所，但却经常在酒吧、地铁站等场所接触到药物依赖者，每开具一剂处方药，他就有 3 美元的收入。后来由于私自藏匿大量麻醉类药物而被逮捕，他的几百名药物依赖者病人就转而寻找其他医生开药，然而有些病人对他当初的善解人意还是念念不忘。最终他被吊销医师资格，即便如此，在皮卡迪利圆形大广场的地铁站里，还能看到这位破产老人的身影，他依然在抚慰众多吸毒者灵魂的创伤。

实际上，不止有 6 名医生为药物依赖者开具管制药物，但不管到底有多少医生，虽然他们给病人开药的目的不同，但还是极易遭人误解和谩骂。诚然，其中的确有人行为恶劣，纯粹为牟利，然而大部分医生是出于对药物依赖者的同情而好心相助，结果反而害了他们。或许以现在的眼光来看，他们的做法很幼稚。但不管怎样，对这些医生横加指责的人，别忘了，有多少医生都拒绝对病人的药物依赖负责任，英国是直到 1968 年才有专门的药物依赖救助门诊。

毒癮是罪恶还是病态？

纵观毒癮的种种言论，对于该怎样看待药物依赖者这一问题，我们愈发感到茫然。这种茫然源自安斯格林对毒品问题的见解，一方面他承认毒癮是一种可以医治的病症，而另一方面他自己根本就不相信毒癮可以彻底戒断。

安斯格林说癮君子是不幸的人群，需要救助，可他对这些“所谓的病人”又嗤之以鼻，列数其罪恶行为，他还引用一篇报道说：“毒癮是一种自甘堕落和毁灭的个人习惯……没必要恐慌，这不是什么反社会行为。”最后，他提出一种救治手段，癮君子必须在监控之下进行强制性隔离治疗，这简直无异于刑事监禁。他没有说明具体的操作步骤，但可以肯定的是，要长期强制性地控制癮君子的行为，也就是说要剥夺他们的行动自由和选择自由。正如安斯格林所说：“在法律允许范围内，采取一定的措施限制癮君子的人身自由……非常有必要。”他认为这样做是为了这些人今后的生活。

作为禁毒专员，他早该想到这种做法是社会对吸毒行为并不明智的反应。更值得警惕的是，《美国心理疗法》(*American Journal of Psychotherapy*) 杂志发表的一篇评论性文章不仅赞同安格林斯的多数观点，甚至还提出更为极端的解决方案。其中之一便是，任何有犯罪记录的海洛因依赖者，且该犯罪记录早于其对海洛因上瘾日期记录的，如果在未脱癮之前又产生犯罪记录，不管是什么罪行，都将被判终身监禁并服劳役；父母任何一方为海洛因依赖者，将剥夺该家庭对子女的抚养和监护权；该惩罚条例同样适用于所有注射不洁阿片制剂毒品的药物依赖者。剥夺海洛因依赖者家庭对子女的抚养和监护权是出于

对他们无力培养孩子的考虑，显然这种担忧多余而且错误，但他却振振有词地声称：“这项惩罚听来或许很残忍，但总比把孩子丢给一个瘾君子去教养要好吧！”

瘾君子之所以神秘的关键在于他们被看作是毫无人性的，人们认为这类人不仅仅是对毒品上瘾，而且已堕落成为缺乏人类感情和道德的机器人，他们唯一的愿望就是想方设法得到毒品。基于这种观点，原本应该赋予他们的普通人权就会受到制约，比如最基本的人权——抚养亲生子女的权利。

某些不可避免的道德沦丧和健康损害或社会腐败等现象也经常和吸毒发生联系，并冠以科学的医学观测之名，这也是造成毒品神秘现象的原因之一。在1968年的伍顿委员会向英国政府呈递的报告中，由奥博利·刘易斯（Aubrey Lewis）撰写的附录部分就具有很强的神秘色彩。奥博利·刘易斯是伦敦大学的精神病学教授，他坚信长时间摄入大麻会导致个人道德沦丧，使社会发生腐败现象。具体表现为大麻依赖者变得易怒、易激动，不思进取和自甘沉沦，不愿承担家庭责任，产生同性性行为或其他性乱行为等。“衣冠不整，营养不良，面容早衰，双眼红肿冒火，四肢不由自主地颤抖……这就是典型客观的瘾君子形象。”

谈到药物依赖者或毒品瘾君子，如果医生也这样描述的话就实在太不应该了。通常人们所谈论的吸毒现象多是从道德伦理层面来评价的，而客观的科学和医学依据却很少。正如手淫，人们对它有较为全面的认识也没多长时间，认为它“既是万恶之因，又是万恶之果”，既是一系列疾病的起因，又是疾病的症状表现。本杰明·拉什^①认为手

^① 译者注：Benjamin Rush, 1746—1813, 美国精神病学之父。

淫严重危害健康，能导致性无能、尿痛以及两性性生活不和谐，还会引起肺结核、消化不良、眩晕、癫痫甚至记忆减退和其他各种疾病。埃斯基罗尔^②指出，手淫“被所有国家公认为是精神障碍的主要诱因”。我们对此通常不屑一顾，甚至有些沾沾自喜、幸灾乐祸，嘲笑医学家是杞人忧天，是清教的禁欲道德而不可理喻。然而这对很多禁欲文化的牺牲者来说并不可笑。19世纪中期，伦敦医学会（*The Medical Society of London*）会长曾提倡通过切除女性阴蒂来避免女性手淫；1891年，爱尔兰皇家外科医学院（*The Royal College of Surgeons*）也倡导男性切除阴茎。最终，弗洛伊德（*Sigmund Freud*）认为手淫是人类“最原始的成瘾”行为，而其他对如酒精、吗啡或烟草等的成瘾作为都只是其替代行为而已。当然他这种“泛性欲论”不为医学家和精神病学家所认可，一度遭到严厉批判，但这种理论却具有很强的指导意义，人们普遍认为精神病患者总会攻击传统道德，而弗洛伊德的这一理论恰好能对此做出合理的解释。

种种堕落或沦丧现象不是由手淫造成的，而是由药物依赖造成的。但是对烟草或咖啡上瘾并不会让人堕落，可为什么对违禁药物上瘾会产生如此后果呢？没有一个解释让人满意。精神类药品为什么能让人的工作效率提高呢？弗洛伊德本人就是一位海洛因依赖者，他发现，服用海洛因能让自己思路更清晰，工作状态更投入，于是就疯狂地喜欢上了这种神奇的药物。

威廉·斯图尔特·霍尔斯特德（*William Stewart Halstead*）是另外一名卓有成就的药物依赖者，他是美国最杰出的外科医生之一，也是著名的约翰·霍普金斯医学院（*Johns Hopkins Medical School*）的四

② 译者注：Esquirol, 1772—1840，法国精神病学家。

位创建者之一。他一生中的大部分时间都在服用吗啡，日摄入量不少于 200 毫克，按照目前的标准，这个剂量非常大，但他感觉这能让他精力充沛地投入工作。由于对吗啡的药物依赖，医院最初只让他做一些低级工作，很快他的出色表现得到认可，晋升为外科手术医生，并且逐渐在国内外享有很高的声誉。霍尔斯特德后来迎娶了霍普金斯医学院外科手术室的护士长，婚后生活十分幸福，一直到他 70 岁时去世。对药物产生依赖的医护人员一直就非常多，但他们几乎都没被人察觉而正常工作，过着和普通人一样的生活。

1914 年美国颁布《哈里森毒品法案》之前，国内的药物依赖者基本没有卷入刑事犯罪，他们大都正常工作和生活，和正常人没什么区别。1928 年的一项调查表明，在 119 名吗啡依赖者中，有 90 人的工作业绩相当不错。这和英国 60 年代的情况差不多。然而现在的药物依赖者来自社会各个阶层，这就使得人们一提到吸毒，就会联想到嘈杂混乱、违法犯罪的场景。现在半数以上的阿片制剂毒品依赖者都有过犯罪记录，或是有多次记录，或者是严重的犯罪记录，但也不能妄下定论，认为是药物依赖导致犯罪，因为很多瘾君子在对药物产生依赖之前就有了犯罪经历。或许犯罪和药物依赖从某种程度上反映了这些人对传统社会道德和生活方式的抵触，而另一方面，为了维持吸毒习惯，他们需要挣更多的钱来购买毒品，甚至铤而走险通过非法途径获取毒品。

在英国美沙酮替代疗法毒品戒断计划中，英格兰有 1 000 多名药物依赖者参与戒断治疗。治疗之前，他们曾在 3 个月期间有 7 万多次犯罪记录，其中多数都是非法贩毒或者偷窃罪。总之，几乎都跟获取毒品（主要是海洛因）有关。但是在这 1 000 多人中，大约 10% 的瘾君子犯下了所有犯罪记录的 75%。经过戒断治疗，复吸者的犯罪记录

是成功脱瘾者的 10 倍。

从道德层面来说，把药物依赖或毒瘾视为思想和精神堕落的观点跟过去有所不同，现在说毒瘾是一种病态似乎更容易让人接受。最新的神经生物学调查研究结果，再一次把“成瘾”界定为“一种大脑疾病”。然而，药物依赖既不是一种疾病也不是道德堕落，而是一种获得性习惯，服药者的神经中枢系统反复受到药物的直接强化刺激，这种习惯毫无疑问会发展为非常极端的强迫症。不管怎样，作为一种习惯，只有好坏之分，评价标准是对人言行的利弊。

认为药物依赖是一种疾病，或许是更严厉的一种观点。在大半个 20 世纪里，美国都没有对阿片制剂毒品依赖者采取任何救治措施，而是毫不留情地对其进行各种法律惩罚甚至判处监禁。帮助药物依赖者脱瘾似乎远比法律制裁更人道，从这个意义上来讲，药物依赖就是一种疾病，但实际上对依赖者并没有多大帮助，并且还会干扰我们对药物依赖的正常思维和理解。玛丽·尼斯万德医生（Dr Marie Nyswander）对美国美沙酮戒断疗法的确立起了很大作用，她写过一本书，名为《毒瘾是一种疾病》（*The Drug Addict as a Patient*）。书中这样写道：“药物依赖是一种特殊疾病，它严重侵害服药者的身心健康，甚至破坏他们的正常生活。”从某些方面来讲，这种观点对药物依赖者更不利，因为会给他们造成一种思维定式，认为这种病自己不可能医治，也就无法戒断。尼斯万德声称：“和其他主要疾病一样，面对毒品强大的危害性，依赖者无能为力，他们或许会挣扎，但……终究还是不能逃脱这种煎熬。”

采用美沙酮替代海洛因是一种主要的毒品医疗戒断方式。在此有必要指出，美沙酮戒断疗法已经形成了一个庞大的经济产业链，其潜

在的市场利润高达数百万美元。仅 1975 年一年，纽约花在美沙酮戒断上的费用就高达 2 000 万美元。然而这种戒断方式并不安全，因为依赖者即便戒断，也会对美沙酮上瘾，这也反映了人们对药物依赖的普遍误解。

药物替代的戒断方式并不新鲜。海洛因就曾被认为安全、无成瘾性，可用作吗啡戒断的替代药物，而吗啡也曾被用于可卡因的戒断治疗。霍尔斯特德医生对可卡因产生了依赖之后，就曾服用吗啡自行戒断，结果可卡因是戒掉了，却对吗啡产生了依赖。另一方面，1878 年，一位名叫 W. H. 本特利（W. H. Bentley）的医生宣称可卡因可用于吗啡戒断治疗。截止到 20 世纪 60 年代，美沙酮取代所有替代药物，成为新型的药物依赖者戒断用药，它也曾是海洛因戒断的处方用药，医学界称之为“目前已知最安全的麻醉药物”。

美沙酮之所以被用作戒断药物，就是由于人们认为海洛因和吗啡依赖是一种疾病，一种因长期反复使用阿片制剂而产生的新陈代谢疾病。这种病和糖尿病差不多，而糖尿病患者每天只要注射胰岛素就可以了。所以，海洛因依赖者也可以每天服用美沙酮，这样就可以和其他人一样正常生活。然而，这种想法和毒瘾神话一样都不正确。

药物依赖者既不是毫无人性的恶魔，也不是罹患代谢疾病的普通病人，他们是个性独特的人群。其中有些人很友善，有些人也充满敌意；有些人遵纪守法，而更多的人会违法犯罪。我们很难确定一名药物依赖者的人格特征，也很难确定其生活方式。对药物产生依赖的原因有很多，多数人都是因为个人和社会问题，或者在产生药物依赖之前就有犯罪经历。对他们来说，用药物替代法进行戒断治疗，只不过是将对海洛因的依赖转向了对美沙酮的依赖而已，而个人的心理和社会态

度也不会发生很大改变。同样，一些人对药物产生依赖并非个人和社会问题，而是由于这些药物存在，医护人员获取药物更方便，他们产生药物依赖的风险性就更高。这就能理解安斯格林等人为什么要把医护人员中的药物依赖者描述成罪大恶极的凶犯了。

医药史上经常会冒出某某治疗方法，据说能有效用于戒断治疗。美沙酮替代药物的戒断疗法就是其中之一，而之所以能够立即得到认可，是因为这会让人对毒品戒断仍存幻想，而拥护者很快就对其有效性产生疑问。曾经有一本精神病学教材引用这一疗法，声称其有效率可达 70% 到 90%。纵观这种戒断疗法有限的成功率，教材所预测的结果未免过于盲目乐观。不幸的是，结果果真让人大失所望。美沙酮既没能让犯罪的药物依赖者从此遵纪守法，也没能让吸毒者从此远离毒品亚文化而融入主流社会，甚至有些戒断者在服用美沙酮期间依然从黑市购得海洛因来服用。威廉·巴勒斯在其作品《软毒品》(*The Soft Medicine*, 1961) 中说：“如果瘾君子不再对海洛因上瘾，那肯定是因为美沙酮的药力强过了毒贩子所卖的劣质海洛因。”

然而这并不能说明美沙酮戒断疗法一点作用都没有，这种免费的处方药物纯度极高，加上全面的心理和社会咨询以及健康保健服务，所有这些都有效缓解了药物依赖者的经济和生活压力。1991 年，由约翰·波尔 (John Ball) 和艾伦·罗斯 (Alan Ross) 进行的一项美沙酮戒断疗法调查研究不仅调查了戒断结果，还围绕用药详情调查了整个戒断过程。这充分证明美沙酮疗法的确有助于海洛因或其他阿片制剂毒品依赖者减少违禁药物的摄入剂量，还能有效降低这些人的犯罪几率。

由于美沙酮戒断疗法可以减少毒品的注射摄入，所以又激起了人们对该疗法在艾滋病预防方面的研究兴趣，但不能抱太大希望。在波尔和

罗斯的调查中，毒品依赖者的确减少了注射吸毒以及共用注射器具的现象，但总体情况不容乐观。在接受采访的戒毒者中，多达 30% 的人都承认在治疗期间仍在注射摄入毒品，更让人担忧的是，该疗法对遏制共用注射器具几乎不起作用，仍有 20% 的人在治疗期间共用针头。

这项调查表明，美沙酮戒断疗法组织有序、康复目的明确并提供心理和社会咨询帮助，是最有效的戒断疗法。世界卫生组织（WHO）对 6 个国家的美沙酮戒断疗法进行监测，结果发现，该疗法的具体实施形式有很大不同，而这些不同对戒断效果有很大的影响，戒断有效性主要由治疗方式决定而非美沙酮药物本身的药效。所以，如果认为美沙酮或海洛因替代药物的戒断疗法是一种药理疗法的话，那就错了。

最后，还要指出，该疗法的有效性仅限于长时间持续服用替代药物，一旦停药，瘾君子又会恢复之前的药物依赖状态。针对该疗法曾出现的一些夸张观点如下：首先，认为美沙酮能有效治疗药物依赖者的代谢系统疾病；其次，最近有观点竟然声称，美沙酮能有效阻止艾滋病病毒传播。如果对该疗法有限的戒断效果都不能深入研究，而是将注意力放在这些荒谬的观点上，那也太遗憾了吧？

毫无疑问，药物替代戒断疗法能让某些瘾君子成功戒断，其中可能就有用海洛因进行戒断的。很多吸毒者采用这种疗法之后，吸毒方式和社会生活都发生了很大改变，但也不乏转而对替代药物上瘾的人。正如 1975 年夏普勒斯所说，不仅对某些医生，而且对某些瘾君子来说，“美沙酮只是让人产生这样的错觉，认为只要不再对海洛因依赖就算成功戒断”。

第十二章 最佳解决方案

面对现实难题，人们总能找到多种解决途径。阿道夫·赫胥黎在他的作品《众妙之门》中写道：“世间的男男女女，要么生活贫困、痛苦挣扎，要么赋闲安逸、无所事事。可怜的人们啊，总想逃脱俗世现状的囚笼，哪怕只是须臾片刻！这一直是人类的心声，是灵魂的触动。”人类为何如此迫切地想要逃离现实，赫胥黎对此所作的分析未免过于悲观，但不管怎样，人类这种逃离现实的愿望确实存在，只不过每个人选择的逃避方式不同。服用精神类药品或许是改变精神状态最直接的一种方式，但并不是逃离现实的唯一方式，其他诸如艺术、文学、音乐、幻想、舞蹈、宗教、体育运动以及度假等都能对人的精神状态产生强烈冲击，可以让人暂时忘却俗世的平庸，这些也是本章将要讨论的内容。除此之外，仍然需要补充几种精神类药品。人类为改变意识状态而尝试千奇百怪的药物，从致幻剂“天使粉”到莨菪草和谷氨酸钠混合物（简称为 ZNA），各种化学制剂简直无所不用。

合成新型精神类药品，或者寻找现存的潜在药物，一直都是吸毒史上孜孜以求的永恒主题。最近出现了一类被称为“策划药”（Designer Drugs）的毒品，是各种常见管制药物在黑作坊中粗制滥造的合成品。由于其化学结构发生了某些改变，不易受到毒品管制的约束，最起码在美国不受管制。有些“策划药”的药力非常强劲，有些毒性更强。

1980年,美国西海岸地区首次出现“策划药”事件。一种新型的“合成海洛因”容易引起过量摄入,有致命危险,后来发现这种药物和麻醉止痛药“芬太尼”(Fentanyl)类似。“芬太尼”是一种强效、短时的阿片制剂类药品,目前已知有大约1400种这类药物,且都是合成药物,药效强劲,过量摄入其致命危害甚于海洛因。

1982年,在美国加州又合成了一种“策划药”,这种药是基于麻醉镇痛药哌替啶合成的。由于在制造新型毒品M3P的过程中出现了一个细微的纰漏,吸毒者服药后出现了一系列类似于帕金森疾病的症状,且不可治愈。这些人的大脑和中枢神经系统受到严重损害,几乎彻底瘫痪。该药药效相当快速,有些吸毒者甚至还没来得及拔出胳膊上的针头,就已经被麻醉。多数吸毒者的神经系统没有受到损伤,而是遭受了类似于关节炎的症状反应,即僵直、颤抖以及阵发性疼痛,这种症状在用药后能持续2到10天。

目前市售的“策划药”形式多样,主要具有类似海洛因的镇静或致幻效果,对服药者最好的忠告或许是劝诫他们慎重用药,毕竟所有精神类药品都有一定的危险的毒性,况且由违禁药物合成的这类未知毒品其危险系数可能更高。

吸毒的历史似乎是一部不断变化更新的毒品目录,时不时列举这种或那种毒品的危险性最高。目前,据称危害性最高的毒品是一种叫做“天使粉”的致幻剂,其化学分子名为苯环己哌啶。1978年,美国验尸官认为这是一种危害性最高的毒品,还有议员声称这种毒品“对国家安全造成致命威胁”。另有报告称某服药者用小镊子将自己的牙齿全部拔掉,还有人在服药后开枪打死好朋友。诚然,该药物的危害性毋庸置疑,有些事件或许是真的,但传来传去,多数都已经失真,

过于夸张，并不可信。“天使粉”于1926年首次合成，但直到50年代中期，经动物实验表明其麻醉效果显著，且不会造成意识丧失，才被用作麻醉药物。不会造成意识丧失是该药物最具药理优势的一个方面，但后来经过人体用药表明该药物会产生诸多毒副作用，一些用药者变得急躁易怒，甚至还会出现严重的精神错觉幻觉和精神分裂症状，于是不得不终止进一步的临床应用。

“天使粉”在嬉皮士年代似乎是以地下毒品的形式出现在美国旧金山的，但很快因其不良副反应，服用者越来越少。70年代末，“天使粉”作为问题毒品再次出现，相关机构对其进行全面的调查研究。最近一项权威调查结果显示，“天使粉”的主要服用者是白种青少年，他们因日常生活单调无聊而服药寻求兴奋刺激，且多数人都对该药物有独特的理解，也深知其各种不良反应，并在用药时都尽量将这些不良反应降到最低程度。青少年服用“天使粉”一般都相安无事，但偶尔也会出现严重的不良后果，多数服用者在大约16岁时就会挑战以更危险的用药方式来满足毒瘾和虚荣的无畏心理。这就是目前在英国引起广泛关注的吸胶毒（Glue Sniffing）现象。

曾经有很多毒品最初并非被当作毒品来使用，比如某些工业溶剂、清洁剂、洗甲油、汽油和胶水，等等。直到这类毒品的问题已经非常严重了，人们才会发现之前对毒品的界定存在诸多缺陷，毒品更应该为所有能引起心理兴奋的药物的总称。

最早在欧美国家合成的有一定影响力的致幻剂或许是一氧化二氮（Nitrous Oxide），也就是常说的笑气。它是18世纪由约瑟夫·普利斯

特里^①发现的，很多知名人士都曾亲自服用过。汉弗莱·戴维^②对此进行过不懈的全面研究，并发表过多篇论文；柯勒律治说他在尝试摄入笑气后产生的感觉是“最复杂的乐趣”；其他吸入过笑气的人，还有著名的制陶专家乔舒亚·威基伍德（Josiah Wedgwood）、英国内科医生彼得·罗杰特（Peter Roget）以及威廉·詹姆斯。而正是笑气，才引起詹姆斯对毒品危害性的充分关注。直到 40 年代，笑气才被用作牙科手术的麻醉药物，而在此之前的 50 多年里它一直是文化界人士的专属用品。目前，笑气仍然是合法的气体麻醉药物，据说很多医生尤其是牙医都出于娱乐目的而吸入这种麻醉气体。

从某些方面来讲，乙醚的使用历史和笑气非常相似。乙醚自发现之后就曾在太平洋两岸国家和地区被用作麻醉剂。1880 年，在英国埃普索姆^③举行过一次医生大会，据报道，会后现场地面到处都是丢弃的空乙醚药瓶以及香槟酒瓶。19 世纪末，乙醚就已经成为廉价的麻醉药品，社会上非医疗目的用药者比比皆是，从爱尔兰到圣匹兹堡，引起整个欧洲社会的极度关注。乙醚味道怪异，甚至令人作呕，但是在某些国家，它却已经取代酒精饮料而成为最流行的精神类药品，尤其是在美国最严厉的禁毒年代，吸毒者常在软饮料中加入乙醚。

吸胶毒是最新出现的一种吸毒现象，吸毒者通常吸入一系列易挥发的有机溶剂，包括油漆、汽油、烯料和气溶胶，等等。这种吸毒方式的起因尚不清楚，最早似乎出现于 20 世纪 50 年代的美国加州，曾引起舆论哗然，各家媒体争相报道，很快就在吸毒者之间传播开来，

① 译者注：Joseph Priestley, 1733—1804, 英国化学家。

② 译者注：Humphry Davy, 1778—1829, 英国化学家。

③ 译者注：Epsom, 英国伦敦南面的城市。

引得众多吸毒者纷纷效仿。公众对此诚惶诚恐，反应过于强烈，非但没能有效震慑青年吸毒者的狂热行为，反而加剧了这一吸毒方式的传播。吸胶毒的人多是青少年儿童，还有不宜摄入酒精或其他精神类药品的人。严重的胶毒依赖者通常都性格孤僻，甚至有心理障碍。吸胶毒者曾描述吸毒后有视觉幻觉和错觉，比如色彩变幻、墙壁断裂等，还有时间和空间错觉，感觉自己变得力大无穷或脆弱不堪，有时也会感觉非常不舒服，出现眩晕、恶心等症状，但这些症状会随着药效的消退而逐渐消失。胶毒的麻醉时间可持续 5 到 30 分钟，常见的反应包括呼吸有醚味、言语不清、脸颊潮红，过量吸入会导致食欲减退从而引起身形消瘦。

可吸入的麻醉类毒品包括各种含碳的化学有机物。这类物质和酒精一样，在常温下易挥发，比如汽油，其中所含的铅以及其他成瘾性化学物质都严重危害人体健康，还有气溶胶等含重金属的一些油漆涂料，都具有类似的麻醉效应，也同样危害健康。这些有机气体内含有铜、锌、锡等重金属微粒，而正是这些重金属产生了麻醉效果，也危害人体循环系统，严重伤害肾脏和肝脏。气溶胶中的推进剂是一种压缩冷冻气体，若直接喷入口中，则会引起咽喉痉挛，直接阻碍肺部呼吸循环而引起窒息。其他有机溶剂如洗甲油、抗冻剂、氯仿、稀释剂、打火机油和洗洁精等，不同的有机溶剂其危害性也有所不同，所以非常有必要将这些物质再细分。其中吸胶毒或许是危险性最小的一种吸入方式，因为吸入的气体溶剂中不含氯氟化合物以及铅等重金属。

对不停寻求新型麻醉药剂的吸毒者来说，药剂师的非处方药店或许是他们的理想场所。药物专利的全盛时期已经过去，吸毒者能在这里买到数百种非处方药物，其中都含有海洛因、吗啡、氯仿和酒精等

麻醉药品和精神类药品，比如利眠宁，它就是一种鸦片、氯仿和酒精的混合糖浆制剂。这种糖浆几乎在英国所有药店都能买到，据称能有效治疗咳嗽、感冒、腹痛、腹泻以及支气管炎，而多数吸毒者都知道这是瘾君子们在无法摄入毒品时不得已才会服用的药物，也有少数吸毒者用氯仿吗啡酊（Hlorodyne）作为毒品的替代药物；含可待因的糖浆其效果和阿片制剂毒品非常相似，有人对此情有独钟；利眠宁的药效主要是由其中的氯仿产生；治疗哮喘的药物也通常能改变人的意识状态，有服药者称使用哮喘喷雾剂能产生类似于吸毒的欣快感；麻黄碱具有安非他明类药物的兴奋剂效果，常见副反应为颤抖、心悸、焦虑以及恶心等，即便如此，滥用麻黄碱现象依然很普遍。

以上这些药物都具有改变意识状态的效果，都能在药店合法购买，相当便利，也不像汽油以及漆料等气溶胶那样有严重危害性。其他有麻醉效果的物质还包括香料，比如英国国内常见的肉豆蔻、豆蔻干皮等（详见第八章），其中所含物质的化学结构和安非他明类药物以及酶斯卡灵非常相像，有报道称大量摄入这些香料会产生一系列副反应，包括过度兴奋、紧张、易怒和莫名疼痛等。肉豆蔻的麻醉效果似乎和宿醉差不多，也伴有虚弱乏力、关节疼痛等症状。鉴于以上这些不良反应，只有无法获取其他精神类药品的人才会摄入这些物质，如监狱的服刑人员。20 世纪之初，肉豆蔻的毒副反应曾引起人们的强烈关注。5 毫克的剂量（相当于一个肉豆蔻）就可能引发胃痛、呕吐、精神错乱以及过度焦虑等症状，这种反应约可持续 24 小时，也曾报告过因过量摄入而引发的肉豆蔻中毒事故。最早一些针对肉豆蔻的调查研究表明，过量摄入肉豆蔻能引发脂肪肝，还会损害肾脏。肉豆蔻中毒事件非常罕见，但据报道，有人试图通过服用肉豆蔻来流产而最终酿成

中毒悲剧，这种做法非常危险，实不可取，况且肉豆蔻根本就没有流产效果。

在嬉皮士年代，曾盛传烟吸香蕉皮能产生大麻烟的麻醉效果，英联邦有关权威机构出面澄清，虽有根据表明似乎能产生这种效果，但这纯粹是一种谬论。香蕉皮中有一种名为 5-羟色胺的复合氨，受热会生成蟾蜍色胺，是一种类似致幻剂的物质。然而，烟吸香蕉皮所产生的这种物质极其微量，不具有强力的致幻效果，这让吸毒者大失所望，所以，这种谣言很快就销声匿迹。还有更另类的做法是，摄入各种药品以及其他物质的混合物。比如，很多青少年由于年龄太小而不能像成年人一样喝酒或摄入其他精神类药品，他们就将阿司匹林溶入可口可乐，但这样做多会导致眩晕和耳鸣，其欣快反应似乎只是一种心理上的安慰剂效应，且要达到哪怕是很微弱的这种反应效果，也要过量摄入阿司匹林才行。在所有按首字母排序的精神类药品列表的末尾，还有一种在没有其他更好的毒品选择时才会被用到的药品，那就是茴香草和谷氨酸钠的混合物（简称为 ZNA），这也是一种很容易就能制得的精神类药品，烟吸摄入会产生致幻效果。

还有大量药物可以催眠、提神、让人镇静或集中注意力，或者让人兴奋或产生幻觉，说到某些药物对人的意识或精神的影响，这类药物的范围要更广泛。如果真有外星人，他们肯定会注意到地球人都在乐此不疲地服用白色药片，觉得这种嗜好太不可思议了，而实际的服药行为还要更狂热。他们每日服药数次，从不会忘记，剂量大得足以危害健康，一顿不吃就会异常难受，浑身不自在，赶紧找其他替代药物；有人劝他们停药，他们还会恼怒不已，争辩说必须吃药，因为药能让他们精力充沛；对严重的药物依赖者来说，断药是最痛苦的事情，

所有临床上对药物依赖诊断最保险的标准就是看服药者在断药后对药物的渴望程度。

糖也是一种精神类药品，这似乎会让人深感意外。我们每天都要消耗大量蔗糖，但绝对不会从心理上对糖产生依赖。在美国人的人均膳食能量中，有 1/5 都来自糖类。最典型的美国产品可口可乐以及其他多数软饮料中都含有大量糖分，美国人消耗的糖类中有大约 1/4 就是以这种形式摄入的，并且含糖饮料也是在校学生的主要食物之一。随便浏览一下超市里的罐装食品，其营养成分列表中的蔗糖含量都非常高，由此可见，糖对人是何等重要。

很多读者，尤其是爱吃甜食的人，可能会认为这种说法太过牵强。因为从很多方面来讲，蔗糖都不同于精神类药品，也不会改变人的精神或意识状态，更不会危害健康。然而，这种观点或许真的不对。

大脑能够分泌一种神经传导物质，多数精神类药品都能增加这种物质的分泌，糖也是这样。所以，在对大脑的作用方面，糖和精神类药品具有相似的神经化学性质。糖和吗啡对前脑的作用方式非常接近，糖和精神类药品一样也具有强化作用，容易引发无节制的过量摄入，也会让人产生依赖，并且经大量医学调查研究证实，糖对人体健康也有一定危害性，目前一个公认的事实就是糖能导致龋齿。英国人平均每年消耗 120 磅糖，超过 1/3 的成年人都曾拔过一颗牙。在写给《英国牙医学杂志》(*British Dental Journal*) 的一封信里，讲述了一名 13 岁男孩儿吃糖果上瘾的故事，如果不吃就会晕厥，可见他对糖的依赖是多么严重，很自然他的牙齿很多都坏掉了，牙医建议他用含糖的点心 and 饮料来代替糖果，这和阿片制剂毒品的替代药物戒断疗法非常相似。在这期间，便没再出现新的龋齿。

糖还能引发其他更严重的疾病。冠状动脉血栓是美国最主要的致死疾病之一，这种疾病是多种致病因素共同作用的结果，心脏病就是其中之一，而糖是引发心脏病的一个重要因素。糖的消耗量上升，这种疾病的发病率就会相应上升。不爱运动、抽烟也是导致心脏病的因素，但即便活动量很多、不抽烟，但是非常爱吃甜食，也容易罹患冠状动脉血栓。

调查还显示，饮食结构中含糖量偏高，会造成肝肿大、脂肪肝以及肾肿大，寿命也相对较短。假如以上后果是由其他任意一种精神类药品所引起的，那该药物依赖者就会被斥为自作自受了，而吃糖则不会受到这种指责。

饮食习惯也和药物依赖一样具有强迫性，会对个人的生理和心理造成伤害并且很难戒掉。基本可以断定，糖类和淀粉类食物都会对贪食者产生难以抗拒的诱惑力。来看一下医生是怎样描述贪食者和肥胖病人的吧，其用词简直就和形容药物依赖者如出一辙：他们处境艰难，不承认自己有病，不希望做任何改变。对医生隐瞒真相，不遵医嘱。对肥胖症患者所采取的治疗和控制措施也和治疗药物依赖者一样千奇百怪，比如缝合上下颌，或者手术切除部分肠胃组织来达到减肥目的。违禁服用安非他明类药物会导致对高碳水化合物的强迫性进食，而这类药物曾一度作为减肥药，这岂不是很矛盾吗？

酒精、海洛因及安定片之类的精神类药品能给人一种心理安慰，所以就有人在面对焦虑、愧疚、不安全感以及无用感等不良情绪时，通过大量进食这类药品来填补心理空虚。对多数贪食者来说，事后会对自己大量进食的行为产生负罪感，而当初只是想通过不断进食来暂时逃避或忘却某些不愉快而已。如果寻求精神和道德或意识上的改变

能导致贪食从而造成肥胖，那么也能导致禁食而造成厌食。禁食本来是一种自省自律和自我惩罚的做法，但其心理效果远远不止这些。禁食能造成人体生化结构和生理系统的一系列改变，必然会让人头脑清醒，心理上感觉愉悦。

适当减少感官刺激也能产生某些有趣的生理效果。然而这种意识状态的改变是否令人愉悦呢？这要取决于感官条件、刺激减少体验者的性格以及其对感官刺激的态度。对某些人来说，可能会感觉不舒服，还将这种“感官剥夺”作为一种惩罚手段，比如软禁。最近的历史上还把它作为“洗脑”程序的一个必经阶段，比如在朝鲜战争中就使用了这种方法。“感官剥夺”试验中，受试者静静地躺在床上，房间避光而隔音，有些人会感觉极其不愉快，要求赶快出去，而有些人则能坚持很长时间，在一次调查试验中受试者的平均坚持时间为9小时，也有人甚至非常喜欢这种感官被剥夺的体验。

多数参加“感官剥夺”体验的人都做过白日梦，情节细致而生动，他们的推理、逻辑思考能力多少都受到一定程度的破坏。更令人称奇的是，几乎所有受试者都表示看到了不一般的情景，但通常都是一些简单的几何图案，也有人反映“看到”了很复杂的图案，少数人则表示“看到”了类似于卡通电影的画面。幻听极为罕见，但不是没有。对这种体验描述得最多的是约翰·里利（John Lilly），他是一名医学研究员，也是一名精神分析学家，曾利用更先进的感官剥夺手段做过很多试验，比如让受试者一动不动地漂浮在水箱里，水温维持在正常体温水平，受试者戴着呼吸面罩，完全处在这个周围一片漆黑的密闭容器中，我们姑且称这个密闭容器为“浸入槽”（Immersion Tank）。

里利表示自己对感官剥夺的体会是，在没有外界刺激时，意识更

敏感，警惕性更高。他强调这种体验是一种享受，让人非常受益。他认为感官剥夺并非痛苦或压抑，然而有这种体验的人往往在内心对这种体验过于悲观或排斥。大约 10 个小时以后，他感觉仿佛进入“神奇的梦境，精神恍惚”。其他人也反映这种体验就像吃了致幻剂一样。在后来的试验中，里利干脆坐在浸入槽中吃致幻剂。他在作品《气旋中心》（*The Centre of the Cyclone*）中就详细阐述了这种神奇的体验，并试图解释这种现象。其他人也纷纷表示，置身于浸入槽，对现实的感知的的确确发生了很大变化，感觉自身已经与大自然融为一体，身心得到彻底放松，灵魂如此快乐而和谐。

浸入槽体验者几乎众口一词，无非就是陷入沉思，想象力变得更丰富，身心得以放松，痛感降低等反应。在美国，浸入槽体验已经商业化，人们可以花钱进行这种体验，甚至在家也可以创造这种环境，已经有几百人尝试自建浸入槽。和其他所有改变意识状态的手段一样，浸入槽也有一定风险，比如对某些非常情绪化的体验者可能造成精神崩溃，曾经就有人因此而导致婚姻破裂。

以上对浸入槽体验的种种说法都不能解释清楚其有效性，但的确有很多虔诚的宗教教徒都隐居独处，几乎与世隔绝，比如世界 4 大宗教的创立者摩西（Moses）、耶稣（Jesus）、穆罕默德（Mohammed）和佛陀（The Buddha），都曾在荒郊野外出家修道，最后都顿悟得道，开创了自己的宗教门派。神秘主义者认为超验体验也能通过隐居独处而获得，无论是高山深林，还是野岭荒漠，都是绝佳的隐居环境，这样做的目的是减少外界对人的感官刺激，而练瑜伽（Yoga）、坐禅（Zen）、修道（Tao）、伊斯兰教的苏非派禁欲神秘主义（Sufism）以及基督教的修道院（Christian Monasticism）生活，也都是为了创造

一个相对封闭、不受外界干扰、能够独处静思、“浸入槽”式的精神空间。

音乐，或称旋律艺术，也能够改变人的意识和精神状态。在某些手术中，曾经成功运用音乐进行麻醉催眠而达到减少患者疼痛的目的，尤其是拔牙这种小手术。在精神病医院中，也曾运用音乐和舞蹈疗法改善病人的心境和情绪。人们几百年前就知道重复某些特定的音乐旋律能够让人达到凝神忘我的状态，很多宗教，例如基督教的震颤派^①、五旬节派基督徒（Holy Rollers）、伊斯兰苦修教士以及某些印度教徒等都采取这一做法。据说不断重复某个肢体动作，也能有效抚慰不良情绪，也可以使人意识状态更加超脱；还有佛教诵读佛经、基督教唱赞美诗等等，坚持做一段时间，血液中的氧含量就会增加，人就会感觉头脑清醒。

很多原本不信教的人在参加宗教活动以后，在家人或朋友眼里变得“走火入魔”，因为宗教或准宗教组织的这些宗教仪式让教徒产生一种类似毒品效果的依赖反应。电影《天堂之门》（*The Heaven's Gate*）、《琼斯城》（*Jonestown*）和《奥姆真理教》（*Aum Shinrikyu*）都讲述了人是怎样由正常人逐渐被引诱至杀人不眨眼的地步，甚至发动自杀性恐怖袭击。信奉某些极端教派的教徒要参加特定的教派活动，这些活动对他们而言就像成瘾性药物，久而久之就会对其产生被动依赖，一旦不参加教派活动就浑身难受，痛苦不堪，甚至不能控制自己的思想和言行。这些人逐渐远离正常人群，同主流社会生

^① 译者注：Shakers，在该教派的宗教仪式中，教徒们唱歌并同时跳舞，开始时四肢颤动，慢慢地整个身体摆动，他们相信这样将使自己直接和圣灵相通，因而得名。

活脱节，在他们的心目中似乎只有教派活动，除此之外对什么都不感兴趣。如果脱离教派，就会产生类似毒品戒断的反应，出现紧张焦虑、抑郁寡欢以及暴躁易怒等症状。此时，教长就会大发怜悯之心，对教徒进行孜孜不倦的教化，使这些教徒的信仰更加虔诚，对教会也更加忠诚。

很多孩子都知道，强力呼吸或换气过度也能使人的意识状态发生改变。我小时候，也就10岁左右时也和同学们玩过这种游戏，而在安德鲁·韦尔（Andrew Weil）1973年的作品《自然意识》（*The Natural Mind*）中也曾提及。这种游戏非常简单，两个或两个以上的人（当然也可以和大人一起玩）手拉手快速旋转，直到眩晕、笑到没有力气瘫软在地才罢休。后来有些青少年对摇滚音乐特别着迷，和着强劲的节奏他们摇头晃脑，手舞足蹈，这种快乐体验和儿时玩旋转游戏时的呼吸体验非常相似。瑞舞和摇头丸成功地将振聋发聩的重复性音乐节拍、夸张的舞蹈动作和毒品糅合到一起。马拉松长跑最风行的时候，有长跑运动员发现，这种高强度的重复性运动节拍能使人的精神状态发生改变，甚至产生强烈的精神欣快高潮。

还有其他途径能够使意识状态发生改变，体内还会产生一些化学物质，最典型的的就是性活动。众所周知，性高潮能让人体验到强烈的欣快感，而注射摄入毒品也能让人体验到这种欣快感，二者之间的相似性已被多次对比分析，并且很多吸毒者都变得性欲亢奋。性活动尤其是手淫过于频繁会让人精神亢奋，更加沉溺于这种由性幻想所带来的兴奋和恐惧交织的刺激感受中，虽然这样会使高潮体验更强烈，但久而久之会让人精神萎靡而不愿面对现实。

恐惧感和所有人类情感一样，它不像我们所理解的那样简单，

而是一种非常复杂的人类情感。作为一种主观体验，恐惧感虽然和兴奋或欣快感不完全相同，但关系密切，它们具有相同的生理和心理应激因素。恐惧和兴奋的界限其实也很难界定，这要取决于引发情感的事件所发生的具体环境，以及体验者对该事件的看法。恐惧并非总是一种负面情绪，比如在游乐场坐过山车或摩天轮，听鬼故事或者看恐怖电影，只要不是太过分，几乎所有人都愿意享受这种由恐怖刺激所带来的快感，但每个人的性格特点不同，对恐怖的承受能力也不同。有些人读侦探小说就已经被吓得够呛了，而有些人则对此不屑一顾，只有非常惊恐或危险的刺激才会使他们的肾上腺素分泌水平上升，他们才会感觉过瘾。

犯罪就足以产生这种强烈的惊恐刺激。商场的很多偷窃行为往往不是因为行窃者经济窘迫，而是出于寻求由恐怖刺激所带来的肾上腺素分泌的快感。赌博的风险非常大，也让人感到兴奋又刺激。犯罪和赌博都能产生类似于毒品的生理和心理效应，让人对这种恐怖刺激上瘾。滑雪、滑翔、攀岩、自由跳伞和真空挖掘等非常惊险的体育运动项目都具有恐怖效果，让人感到兴奋，久而久之这种刺激就像成瘾性药物一样让人产生依赖。

跳台滑雪（又称“跳雪”）运动员穿着闪闪发光的滑雪运动服沿着跳台 45 度的倾斜助滑道向下滑行起跳，他们戴的滑雪头盔样子古怪，就像鱼头，据称这样是为了减少空气阻力。跳雪运动员对极限速度以及世界纪录的追求态度其实同药物依赖者对药物的态度没什么区别。目前女子跳雪起跳时速的世界纪录为每小时 187.5 公里^①，纪录保持者斯特拉·西尔维斯特（Stella Sylvester）这样描述跳雪：“简直

① 译者注：或者 117 英里/小时，俗称 117 迈。

就像热气球爆炸，还像做爱，但比这些都更为静谧祥和。”另外一名女子跳雪纪录保持者的起跳时速为 112 迈，她说：“一天跳雪 3 次，整个一星期内都飘飘然，感觉棒极了，我对这种感觉疯狂地着迷。”还有一位世界纪录保持者法朗兹·韦伯斯特（Franz Webster）说：“跳雪可不是自杀，但有自杀的恐怖效果。”

最惊险的恐怖体验莫过于登山。登山环境所造成的感官剥夺能引起人的认知发生变化，食物匮乏、极寒缺氧等能够引起代谢紊乱，这些高山反应综合征都是造成恐怖体验的危险因素，容易让人产生幻觉。乔·塔斯克（Joe Tasker）曾攀登过印度境内 7066 米高的都那吉利峰^①，他在登山过程中产生过三四次幻觉，感觉另外一支登山队始终都在盯着他看，并且还嫌他走得太慢。而另一名登山爱好者阿伦·劳斯（Alan Rouse）描述攀登海拔为 7861 米的纽布峰北壁（Mt. Nuptse）的过程时说，在他攀登了近 26000 英尺后，感觉自己的灵魂仿佛和肉体脱离，只看到没有生命的躯体在机械地向上攀爬。不管是劳斯还是塔斯克都没有被这种危险境地所震慑，但他们也没有感到兴奋。乔·塔斯克在攀登至世界第二高峰乔戈里峰^②时，遇到雪崩，但幸运的是，他死里逃生。事后他说和死神亲近的感觉就像吸毒后极其愉悦欣快的体验，同时也庆幸自己能活下来，但对所有事物似乎比以前更敏感了。像他这样的欣快感很少见，多数登山者即便抵达目标峰顶也不会有多兴奋，甚至情绪非常低落。由于在登山途中消耗了大量体力和精力，再加上缺氧，还要时刻警惕意外危险，到最后精疲力竭，

① 译者注：Dunagiri，喜马拉雅山上的高峰之一。

② 译者注：海拔 8611 米，“乔戈里”是塔吉克语，意为“高大雄伟”，它是喀喇昆仑山脉的主峰，国外又称 K2 峰。

所有成功征服高峰的那种兴奋和成就感都大打折扣。塔斯克就说自己成功站到顶峰之后，无法尽情享受征服的快感，而内心的恐惧感却随之而来^①。

詹姆斯·亨特（James Hunt）是一名赛车选手，他参加1976年的一级方程式赛车世界锦标赛^②，并向我解释说，赛车对人控制能力的要求相当高，哪怕是极微小的闪失也会招致丧命的风险，其违规处罚也相当严厉。但是这种应对风险的能力又何尝不是一种兴奋刺激或者欣快体验呢？著名的法国赛车手派特里克·德派勒（Patrick Depailler）似乎热衷于寻求所有的冒险刺激，他曾经在一次摩托车事故和高空滑翔中受重伤，后来1980年在德国霍根海姆（Hockenheim）的一场测试赛事故中丧生。

詹姆斯·亨特与派特里克·德派勒有很多不同，但他也是性格叛逆、热衷冒险和竞争的人。从一级方程式赛车世界锦标赛退役以后，他开始尝试跳雪，结果在一次跳雪中膝盖受重伤，用他自己的话解释就是“跳得太快”。他承认，自己最初参加车赛之前都非常紧张恐慌，并且越是这样就越能“赛出好成绩”，因为感觉到压力会让自己发挥得更好：“对我而言，肾上腺分泌增多就代表好成绩。”

迪德·皮洛尼（Didier Pironi）也是一名赛车手。平时他每分钟的

① 乔·塔斯克和阿伦·劳斯在成功登上世界两大最高峰之后不久相继去世。1982年5月17日上午九点，在珠穆朗玛峰的中国西藏境内山峰26800英尺处，是人们最后一次目睹乔·塔斯克和队友彼得·鲍德曼（Peter Boardman）以及另外一个英国登山爱好者登山，他们的遗体一直没有找到。阿伦·劳斯是英国第一位登上世界第二高峰乔戈里峰（K2）的人，1986年8月19号，在第四登山营队所处的山峰26000英尺的地方，由于严重的高原反应，他没能活着走下这座山峰。

② 译者注：Formula One World Championship，即F1，简称F1赛车，世界著名的赛车项目比赛。

心跳次数在 60 到 70 之间，在参加摩纳哥一级方程式赛车（**Monaco Grand Prix**）时，进入赛道以后，据测量他每分钟的心跳次数迅速上升至 125，而坐到赛车中以后又降至 73。赛车维持近 2 个小时，在整个过程中其心跳次数都不低于 190，而在超过其他赛车并从后方与之相撞时，他每分钟的心跳次数为 207。最终，他所在的法拉利车队（**Ferrari**）在这场比赛中夺得了第 4 名。

20 世纪 70 年代，世界范围内的一级方程式赛车重大事故发生率最高。几乎每个赛季都会发生相当严重的事故，并且平均每 10 次事故中就肯定有选手死亡或重大伤残，而目前这一比例为 300:1。德国纽伯格林（**Nürburgring**）北环赛道举行的一级方程式车赛曾夺走 130 名赛车手的性命，1976 年，英国赛车手詹姆斯和奥地利赛车手尼奇·劳达（**Niki Lauda**）共同出现在这个赛车道的最前排。两圈赛下来，劳达的法拉利赛车出现机械故障被撞飞并起火，并与其他两辆赛车与这辆燃烧的赛车相撞，劳达被严重烧伤，比赛成绩是最后一名，詹姆斯取得本届车赛冠军。1978 年，在意大利蒙扎举行的一级方程式赛车（**Italian Grand Prix at Monza**）中，詹姆斯的好朋友罗尼·彼得森（**Ronnie Peterson**）死于赛车起火。这件事对詹姆斯触动非常大，他因此而退出一级方程式赛车生涯。

人们总是热衷于追求由恐怖体验所带来的刺激感，还有更离奇更惊险的体验方式，比如战争。人类好战的原因有很多，多数幸存者都表示战争给他们造成了难以磨灭的心灵创伤和阴影。军队曾经在很多战争中为前线战士提供精神类药品，帮助他们缓解战争压力。朗姆酒历来就是英国海军的战备物资之一，一战期间也曾被小心翼翼地运往前线战壕，打仗前，士兵都会喝这种酒，在酒精作用下，怨气

冲天的士兵顿时就会变得兴奋激动。斯大林格勒会战（The Battle of Stalingrad）期间，苏联红军即便喝完伏特加酒也很沉默，战局如此紧张，他们不能放松警惕，喝再多酒也无法消除他们对死亡的恐惧。在草原或其他没有酒供应的作战地带，士兵们经常喝医用酒精、工业酒精或者其他自制的酒精饮料，甚至还饮用经过碳过滤等简单处理的抗冻剂。有一次，某连队缴获了德军抗冻剂，该连队的司令和副司令以及 18 名战士都饮用了，结果造成 3 人死亡，其他人被送往战地医院进行抢救。

对少数人来说，战争虽然血腥残酷，但却充满诱惑力。某些越战士兵杀敌时头脑冷静，事后还会有冒险的刺激快感。曾有士兵这样说：“杀人的感觉太刺激了！我好像上瘾了，越杀越想杀。这是我有生以来所体验到的最强烈的刺激快感。”

还有很多对战争也上瘾的人根本就不是军人。提姆·培治（Tim Page）是一名英国摄影师，在越南战场，“他敢去其他战地摄影记者都不敢去的地方”。他因此而多次负伤，首先被榴霰弹击中双腿和腹部，后来头部、后背和胳膊都被炸伤。有一次，他所乘坐的小船被美军当成越共船只而被炸飞，结果身上负伤 200 多处，在水里漂了好几个小时才得救。培治因此而暂时离开越南战场，但在 1968 年越南春节攻势（The Tet Offensive of 1968 in Vietnam）时又返回。最后，

……培治所乘坐的直升机执行一项地面救援伤残士兵的任务，结果和他一起被迫降至地面的士官踩到地雷，双腿被炸掉，一块两英寸长的炸弹碎片飞向培治的前额，击中他的大脑底部。

医生诊断他的左半身将会永久瘫痪。在疗养期间，培治收到一位出版商的来信，希望他能为一本书准备一些摄影及其他素材，书名是《亲历战争》(*Through the War*)，这本书旨在挖掘战争的闪光点。“战争血腥罪恶，但也有闪光点！我是指，你也能从中体验到有价值的东西，就像从性爱中提炼闪光点一样……”战争的闪光点？这也太荒唐了！培治对此很无语，“我不会为这本书提供任何素材！”毒品是依赖者最需要的物质，而对对战争上瘾的人来说，任何与战争有关的东西对他们都有诱惑力。

寻求意识状态的改变似乎是人类的本性之一，而对这种寻求的热衷程度绝不亚于尝试各种意识改变方式。人类同样也热衷于寻求多种吸毒方式，要么单独吸食，要么和别人一起享受这种吸食乐趣。或是为了放松，或是为了提神，或是为满足个人的生理和心理需求，或是为缓解社会压力，总之，在我们的日常生活中，充满了各种各样的毒品，只不过有些毒品很常见，而有些则非常隐秘。咖啡、茶，啤酒、葡萄酒和威士忌，香烟、鼻吸可卡因、大麻烟、迷幻药、各种海洛因制剂以及随处可见的镇静片、安眠药，等等，所有这些精神类药品都属于毒品。每一种由吸毒所产生的意识状态似乎都能够通过其他不吸毒的方式产生，但不管怎样，吸毒是达到这种状态最快捷的方式之一，这对很多人都极具吸引力。只要有吸毒者，就会有人因毒品事件而死亡。所有毒品都有一定危害性，但毒品及毒品问题不可能被彻底清除，吸毒方式非常多且随处可见，因此我们应该学会适应这种吸毒生活。

参考文献

以下文献为本书中的毒品以及吸毒问题提供了非常有价值的参考信息：

Brecher, E.M. (1972) . *The Consumers Union Report on Licit and Illicit Drugs*. New York: Consumers Union.

Goode, E. (1972) . *Drugs in American Society*. New York: Knopf.

Gossop, M. (2003) . *Drug Addiction and its Treatment*. Oxford: Oxford University Press.

Inglis, B. (1975) . *The Forbidden Game*. London: Hodder & Stoughton.

Johnston, J. F. W. (1879) . *The Chemistry of Common Life*. London: Blackwood.

Lewin, L. (1913) . *Phantastica, Narcotic and Stimulating Drugs*. London: Kegan Paul, Trench, Trubner.

Malcolm, A. I. (1971) . *The Pursuit of Intoxication*. Toronto: ARF.

Orford, J. (1985) . *Excessive Appetites: A Psychological View of the*

Addictions. New York: Wiley.

Schultes, R. E. & Hofmann, A. (1979) . *Plants of the Gods*. London: Hutchinson.

Strang, J. & Gossop, M. (1994) . *Heroin Addiction and the British System, Vol. I and II* . London and New York: Routledge.

West, R. (2006) . *Theory of Addiction*. Oxford: Blackwell.

以下文献为本书中的相关论点提供了更详细的参考信息：

Ansglinger, H. J. & Tompkins, W. F. (1953) . *The Traffic in Narcotics*. New York: Funk & Wagnalls.

Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G. & Munk-Jørgensen, P. (2005) . Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *British Journal of Psychiatry*, 187, 510–515.

Ashley, R. (1975) . *Cocaine: Its History, Uses and Effects*. New York: St Martin' s Press.

Ball, J. C. & Ross, A. (1991) . *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment*. New York: Springer.

Beattie, R. T. (1968) . Nutmeg as a psychoactive agent. *British Journal of Addiction*, 63, 105–109.

Becker, H. (1953) . Becoming a marihuana user. *American Journal of Sociology*, 59, 235–242.

Beecher, H. K. (1955) . The powerful placebo. *Journal of the*

American Medical Association, 159, 1602–1606.

Berridge, V. (1979) . Opium in the Fens in nineteenth-century England. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 34, 293–313.

Brady, M. (1992) . *Heavy Metal: The Social Meaning of Petrol Sniffing in Australia*. Canberra: Aboriginal Studies Press.

Brain Committee Report (1965) . *Drug Addiction: Second Report of the Interdepartmental Committee*. London: HMSO.

British Medical Association (1997) . *Therapeutic Uses of Cannabis*. Amsterdam: Harwood Academic.

Burroughs, W. (1968) . *The Naked Lunch*. London: Corgi.

Cameron, H. M. & McGoogan, E. (1981) . A prospective study of 1152 hospital autopsies. I and II. *Journal of Pathology*, 133, 273–283 and 285–300.

Campbell, A. M., Evans, M., Thomson, J. L. & Williams, M. J. (1971, December 4) . Cerebral atrophy in young cannabis smokers. *The Lancet*, 1219–1224.

Carter, W. (ed.) (1980) . *Cannabis in Costa Rica*. Philadelphia PA: ISHI.

Cederlöf, R., Friberg, L. & Lundman, T. (1977) . *The Interactions of Smoking, Environment and Heredity*. Stockholm: Gotab.

Claridge, G. (1970) . *Drugs and Human Behaviour*. London: Allen Lane.

Cocteau, J. (1957) . *Opium: The Diary of a Cure*. London: Owen.

Cohen, M.M. & Marinello, M.J. (1967) . Chromosomal damage on human leukocytes induced by lysergic acid diethylamide. *Science*, 155, 1417–1419.

Cohen, M.M., Hirschhorn, K. & Frosch, W.A. (1967) . In vivo and in vitro chromosomal damage induced by LSD-25. *New England Journal of Medicine*, 277, 1043–1049.

Cohen, S. & Taylor, L. (1976) . *Escape Attempts*. London: Allen Lane.

Connell, K.H. (1965) . Ether drinking in Ulster. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 26, 629–653.

Connell, P.H. (1958) . *Amphetamine Psychosis*. London: Oxford University Press.

Corti, C. (1932) . *A History of Smoking*. New York: Harcourt Brace.

Crowley, A. (1922) . *Diary of a Drug Fiend*. London: Collins.

Davies, D. L. (1962) . Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 23, 94–104.

DeWet, C., Reed, L., Glasper, A., Moran, P., Bearn, J. & Gossop, M. (2004) . Benzodiazepine codependence exacerbates the opiate withdrawal syndrome. *Drug and Alcohol Dependence*, 76, 31–35.

Dishotsky, N.I., Loughman, W.D., Mogar, R.E. & Lipscomb, W.R. (1971) . LSD and genetic damage. *Science*, 172, 431–440.

Doll, R. (1971) . The age distribution of cancer: implications for models of carcinogenesis. *Journal of the Royal Statistical Society*, 134, 133–155.

Doll, R. & Peto, R. (1976) . Mortality in relation to smoking: twenty years observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 2, 1525–1536.

Du Toit, B.M. (1977) . *Drugs, Rituals and Altered States of Consciousness*. Rotterdam: Balkema.

Edwards, G. (1979) . British policies on opiate addiction. *British Journal of Psychiatry*, 134, 1–13.

Edwards, G. & Grant, M. (1977) . *Alcoholism, New Knowledge and New Response*. London: Croom Helm.

Engelsman, E. (1990) . Dutch policy on the management of drug-related problems. In H. Ghodse and R. Mann (Ed.) , *Drug Misuse and Dependence*. Carnforth: Parthenon.

Erickson, P. (1981) . *Cannabis Criminals: The Social Effects of Punishment on Drug Users*. Toronto: ARF.

Everingham, R. & Woodward, S. (1991) . *Tobacco Litigation: The Case Against Passive Smoking*. Sydney: Legal Books.

Ewing, J.A. & Rouse, B.A. (1978) . *Drinking: Alcohol in American Society*. Chicago IL: Nelson-Hall.

Eysenck, H.J. (1967) . *The Biological Basis of Personality*. Springfield IL: Charles C. Thomas.

Farkas, C. (1979) . Caffeine intake and potential effect on health of a segment of Northern Canadian indigenous people. *International Journal of the Addictions*, 14,27–43.

Feldman, H.W., Agar, M.H. & Beschner, G.M. (1979) . *Angel Dust*.

Lexington: Lexington Books.

Fields, A. & Tararin, P. (1970) . Opium in China. *British Journal of Addiction*, 64, 371–382.

Fisher, R.A. (1959) . *Smoking. The Cancer Controversy*. Edinburgh: Oliver & Boyd.

Fletcher, D. (1940) . *The Amazing Story of Repeal*. Chicago IL: Willett, Clark & Co.

Frankenhaeuser, M., Post, B., Hagdal, R. & Wrangsjoe, B. (1964) . Effects of a depressant drug as modified by experimentally induced expectation. *Perceptual and Motor Skills*, 18, 513–522.

Furst, P.T. (1972) . *Flesh of the Gods. The Ritual Use of Hallucinogens*. New York: Praeger.

Gay, G., Sheppard, C. & Inaba, D. (1973) . An old girl: fly inlow, dying slow, blinded by snow: cocaine in perspective. *International Journal of the Addictions*, 8, 1027–1042.

Gertler, R., Ferneau, E. & Raynes, A. (1973) . Attitudes towards death and dying on a drug addiction unit. *International Journal of the Addictions*, 8, 265–272.

Goldstein, A., Kaizer, S. & Whitby, O. (1969) . Psychotropic effects of caffeine in man. IV. Quantitative and qualitative differences associated with habituation to coffee. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 10, 489–497.

Goodman, J. (1993) . *Tobacco in Hisstory*. London: Routledge.

Gossop, M. (1989a) . The detoxication of high dose heroin addicts in

Pakistan. *Drug and Alcohol Dependence*, 24, 143–150.

Gossop, M. (1989b) . *Relapse and Addictive Behaviour*. London: Routledge.

Gossop, M. & Grant, M. (1990) . *The Content and Structure of Methadone Treatment Programmes: A Study in Six Countries*. Geneva: World Health Organization, WHO/PSA/90.3.

Gossop, M., Marsden, J. & Stewart, D. (1998) . *NTORS at One Year*. London: Department of Health.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D. & Kidd, T. (2003) . The National Treatment Outcome Research Study (NTORS): 4—5 year followup results. *Addiction*, 98, 291–303.

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B. & Strang, J. (1992) . Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *British Journal of Addiction*, 87, 1527–1536.

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., Williamson, S. & Strang, J. (1996) . Frequency of non-fatal overdose. *British Medical Journal*, 313, 402.

Graham, J.D.P. (1977) . *Cannabis Now*. Aylesbury: H.M. & M. Publishers.

Gregory, R.J., Gregory, J.E. & Peck, J.G. (1981) . Kava and prohibition in Tanna, Vanuatu. *British Journal of Addiction*, 76, 299–313.

Griffiths, P., Gossop, M., Wickenden, S., Dunworth, J., Harris, K. & Lloyd, C. (1997) . A transcultural pattern of drug use: qta (khat) in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 170, 281–284.

Grinspoon, L. & Bakalar, J.B. (1979) . *Psychedelic Drugs Reconsidered*. New York: Basic Books.

Grinspoon, L. & Hedblom, P. (1975) . *The Speed Culture*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Heather, N. & Robertson, I. (1989) . *Problem Drinking*. Oxford: Oxford University Press.

Herr, M. (1979) . *Dispatches*. London: Pan Books.

Hirayama, T. (1981) . Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 282, 183–185.

Huxley, A. (1961) . *The Devils of Loudun*. London: Chatto & Windus.

Huxley, A. (1969) . *The Doors of Perception and Heaven and Hell*. Harmondsworth: Penguin.

Indian Hemp Drugs Commission (1984) . *Report*. Simla: Government Printing Office.

James, W. (1942) . *The Varieties of Religious Experience*. London: Longmans:

Jellinek, E.M. (1960) . *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven CT: College & University Press.

Jones, R.T. (1971) . Marihuana-induced “high” : influence of expectation, setting and previous drug experience. *Pharmacological Review*, 23, 359–369.

Placebos (editorial) . *Journal of the American Medical Association* (1955) ,159, 780.

Cannabis and educational performance (medical news) . *Journal of the American Medical Association* (1971) , 216, 1701–1710.

Keller, M. (1970) . The great Jewish drink mystery. *British Journal of Addiction*, 64, 287–296.

Kelly, J. & Amirkhanian, Y. (2003) .The newest epidemic: a review of HIV/AIDS in central and eastern Europe. *International Journal of STD & AIDS*, 14, 361–371.

Kingsley, C. (1970) . *Alton Locke*. London: Dent reprint.

Kissin, B. & Begleiter, H. (Ed.) (1971–1976) . *The Biology of Alcoholism*. New York: Plenum: *Vol. I, Biochemistry*, 1971; *Vol. II , Physiology and Behaviour*, 1972; *Vol. III , Clinical Pathology*, 1974: *Vol. IV , Social Aspects*, 1976.

Kumar, R., Cooke, E.C., Lader, M.H. & Russell, M, A, H, (1978) . Is tobacco smoking a form of nicotine dependence?. In R.E. Thornton (Ed.) , *Smoking Behaviour*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Lader, M.H. (1978) . Benzodiazepines——the opium of the masses?. *Neuroscience*, 3, 159–165.

LaGuardia Committee (1944) . *The Marihuana Problem in the City of New York: Sociological, Medical, Psychological and Pharmacological Studies*. Lancaster PA: Jacques Cattell.

The Lancet (1973, April 21) . Unreasonable profit (editorial) , 867.

The Lancet (1973, April 21) .Chlordiazepoxide and diazepam prices. (editorial) , 876.

The Lancet (1973, May 21) . Price of tranquillizers (editorial) ,

1069.

The Lancet (1973, May 19) . Benzodiazepines: use, overuse, misuse, abuse? (editorial) , 1101–1102.

The Lancet (1973, July 14) . Price of tranquillizers (editorial) , 108.

Le Dain Report (1971) . *Interim Report of the Canadian Government Commission of Inquiry*. Harmondsworth: Penguin.

Le Dain Report (1972) . *Cannabis. A Report of the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs*. Ottawa: Information Canada.

Lefebure, M. (1974) . *Samuel Taylor Coleridge: A Bondage of Opium*. London: Gollancz.

Lennard, H.L., Epstein, L.J., Bernstein, A. & Ransom, D.C. (1971) . *Mystification and Drug Misuse*. San Francisco: Jossey-Bass.

Lewis, S.A., Oswald, L., Evans, J.I., Akindele, M.O. & Tompsett, S.L. (1970) . Heroin and sleep. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 28, 374–381.

Lilly, J.C. (1972) . *The Centre of the Cyclone*. New York: Julian Press.

Logan, F. (Ed.) (1979) . *Cannabis: Options for Control*. Sunbury, Middlesex: Quatermaine House.

MacCoun, R. & Reuter, P. (1997) . Interpreting Dutch cannabis policy. *Science*, 278, 47–52.

Mapes, R. (Ed.) (1980) . *Prescribing Practice and Drug Usage*. London: Croom Helm.

Marks, J. (1979) . *The Search for the 'Manchurian Candidate'* . London: Allen Lane.

Masters, R.E.L. & Houston, J. (1973) . *The Varieties of Psychedelic Experience*. London: Turnstone.

Mendelson, W.B. (1980) . *The Use and Misuse of Sleeping Pills*. New York: Plenum.

Mikuriya, T.H. (1968) . Physical, mental and moral effects of marihuana: the Indian Hemp Drugs Commission Report. *International Journal of the Addictions*, 3, 253–270.

Musto, D.F. (1973) . *The American Disease*. New Haven CT: Yale University Press.

Nyswander, M. (1956) . *The Drug Addict as a Patient*. New York: Grune & Stratton.

O'Donnell, J. & Jones, J. (1970) . Diffusion of the intravenous technique among narcotic addicts, reprinted in J. Ball and C. Chambers (Ed.) . *The Epidemiology of Opiate Addiction in the United States*. Springfield IL: Charles C, Thomas.

Pahnke, W.N. et al. (1970) . Psychedelic therapy utilizing LSD with cancer patients. *Journal of Psychedelic Drugs*, 3, 63–75.

Patrick, C.H. (1952) . Alcohol. *Culture and Society*. Durham NC: Duke University Press.

Powis, B., Strang, J., Griffiths, P., Taylor, C., Williamson, S., Fountain, J. & Gossop, M. (1999) . Self-reported overdose among injecting drug users in London: extent and nature of the problem. *Addiction*, 94, 471–478.

Preventative Medicine Report, Vol. I. First report from the Expenditure Committee, House of Commons (1977, February 17), 88–89.

Proctor, R.N. (1999) . *The Nazi War on Cancer*. Princeton NJ: Princeton University Press.

Reuter P., MacCoun, r. Murphy, P. (1990) . *Money from Crime: A Study of the Economics of Drug Dealing in Washington, D.C.*. Santa Monica CA: RAND.

Robins, L.N. (1974) . *The Vietnam Drug User Returns*. Washington: US Government Printing Office.

Robinson, J.T., Chitham, R.G., Greenwood, R.M. & Taylor, J.W. (1974) . Chromosomal aberrations and LSD. *British Journal of Psychiatry*, 125, 238–244.

Royal College of Physicians (1971) . *Smoking and Health Now*. London: Pitman Medical.

Royal College of Physicians (1977) . *Smoking or Health*. London: Pitman Medical.

Royal College of Psychiatrists (1979) . *Alcohol and Alcoholism*. London: Tavistock.

Saper, A. (1974) . The making of policy through myth, fantasy and historical accident: the making of America's narcostics laws. *British Journal of Addiction*, 69, 183–193.

Schachter, S. & Singer, J. (1962) .Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, 69, 379–399.

Select Committee of the House of Lords on Science and Technology (1998) . *Cannabis, The Scientific and Medical Evidence*. London: HMSO.

Seltzer, C.C. (1968) . Coronary heart disease and smoking. *Journal of*

the American Medical Association, 203, 193–200.

Seltzer, C.C. (1972) . Critique of the Royal College of Physicians report. *The Lancet*, Vol. I, 243–248.

Shafer Report (1972) . *Marihuana: A Signal of Misunderstanding*. Washington: US Government Printing Office.

Sharples, A. (1975) . *The Scorpion 's Tail*. London: Elek.

Snyder, C.R. (1958) . *Alcohol and the Jews*. Glencoe IL: Free Press.

Stafford, P. (1977) . *Psychedelics Encyclopedia*. Berkeley CA: And/Or Press.

Strang, J. & Farrell, M. (1991) . *Hepatitis*. London: ISDD.

Strang, J. & Stimson, G. (Ed.) (1990) . *AIDS and Drug Misuse*. London: Routledge.

Strang, J., Griffiths, P., Abbey, J. & Gossop, M. (1994) . Survey of injected benzodiazepines among drug users in Britain. *British Medical Journal*, 308, 1082.

Strang, J., Griffiths, P., Powis, B. & Gossop, M. (1992) . First use of heroin: changes in route of administration over time. *British Medical Journal*, 304, 1222–1223.

Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Abbey, J. & Gossop, M. (1997) . How constant is an individual's route of heroin administration?. *Drugs and Alcohol Dependence*, 46, 115–118.

Suedfeld, P. (1980) . *Restricted Environmental Stimulation: Research and Clinical Applications*. New York: Wiley.

Szasz, T. (1975) . *Ceremonial Chemistry*. London: Routledge &

Kegan Paul.

Tjio, J.H., Pahnke, W.N. & Kurland, A.A. (1969) . LSD and chromosomes: a controlled experiment. *Journal of the American Medical Association*, 210, 849–856.

Trethowan, W.H. (1975) . Pills for personal problems. *British Medical Journal*, 2, 749–751.

Trocchi, A. (1960) . *Cain's Book*. London: Calder.

United Nations Conference on Trade and Development (1978) . *Marketing and Distribution of Tobacco*. United Nations.

Wagstaff, A. (1989) . Economic aspects of illicit drug markets and drug enforcement policies. *British Journal of Addiction*, 84, 1173–1182.

Waldorf, D., Reinarman, C. & Murphy, S. (1991) . *Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting*. Philadelphia PA: Temple University Press.

Weil, A. (1973) . *The Natural Mind*. London: Cape.

Wenger, J. & Einstein, S. (1970) . The use and misuse of aspirin. *International Journal of the Addictions*, 5, 757–775.

Wikler, A. (1980) . *Opioid Dependence*. New York: Plenum.

Willis, P. (1978) . *Profane Culture*. London: Routledge & Kegan Paul.

Wolfe, T. (1969) . *The Electric Kool-Aid Acid Test*. New York: Bantam.

Wootton Committee (1968) . *Cannabis: Report by the Advisory Committee on Drug Dependence*. London: HMSO.

- Yablonsky, L. (1968) . *The Hippie Trip*. New York: Pegasus.
- Young, J. (1971) . *The Drugtakers*. London: Paladin.
- Yudkin, J. (1972) . *Pure, White and Deadly: The Problem of Sugar*.
London: Davis-Poynter.
- Zinberg, N. (1984) . *Drug, Set and Setting*. New Haven CT: Yale
University Press.